

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ФІЛОЛОГІЇ ТА МАСОВИХ КОМУНІКАЦІЙ
КАФЕДРА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ, СПОРТУ ТА ЗДОРОВ'Я
ЛЮДИНИ**

До захисту допустити:

Завідувач кафедри

_____ Осіпцов А. В.

« ____ » _____ 2020 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
за освітнім ступенем: «магістр»

**НА ТЕМУ: ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ
ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ УЧНІВ МОЛОДШИХ
КЛАСІВ**

студента факультету філології та
масових комунікацій спеціальність 017
Фізична культура і спорт освітнього
ступеня «Магістр»

Баличева Михайло Сергійовича

Науковий керівник:

Мягченко Олександр Петрович кандидат
хімічних наук, доцент кафедри фізичного
виховання, спорту та здоров'я людини

Рецензент:

Карабанов Євгеній Олексійович

кандидат наук з фізичного виховання і
спорту, старший викладач, заступник
завідувача кафедри ТМФВ і спортивних
дисциплін МДПУ ім. Б.Хмельницького

Кваліфікаційна робота захищена

З оцінкою _____

Секретар ЕК _____

« ____ » _____ 20 ____ р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	9
1.1. Визначення поняття «здоров'я» людини, його компоненти та передумови.....	9
1.2. Визначення здорового способу життя та шляхи його формування	
1.3. Досвід вивчення здорового способу життя.....	17
1.4. Формування здорового способу життя засобами фізичної культури.....	26
1.5. Сучасні підходи до визначення змісту і структури здорового способу життя.....	32
Висновки до першого розділу	48
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	49
2.1. Методи дослідження.....	49
2.2. Організація дослідження.....	52
РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ СУЧАСНОГО РІВНЯ ЗДОРОВ'Я УЧНІВ ПОЧАТКОВИХ КЛАСІВ.....	53
3.1. Сучасний рівень здоров'я учнів початкових класів.....	53
3.2. Показники рівня фізичної підготовленості учнів молодших класів.....	63
Висновки до третього розділу	69
РОЗДІЛ 4. ОХОРОНА ПРАЦІ.....	70
4.1. Правила безпеки на заняттях фізичного виховання.....	70
4.2. Гігієна праці й санітарія під час занять фізичними вправами.....	72
4.3. Пожежна безпека у спортивних залах.....	74
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	77
ЛІТЕРАТУРА.....	79

ВСТУП

Актуальність теми. За останні роки проблема збереження здоров'я дітей молодшого шкільного віку, їх оздоровлення та профілактика найбільш розповсюджених „шкільних” хвороб є предметом фундаментальних наукових досліджень. Значення фізичного виховання у формуванні соціально активної особистості вивчали фахівці у галузі педагогіки, фізичної культури і спорту.

Проведені у цьому напрямі дослідження дають змогу констатувати, що основою ефективного фізичного виховання у школі повинна бути індивідуалізація процесу навчання, орієнтована на пріоритети особистості, інтереси і потреби у вільному і самостійному розвитку [3; 4;5].

Інтерес дітей до фізичної культури належить до мотиваційної сфери особистості. Значна кількість досліджень присвячені вивченню формування здорового способу життя та мотивації до нього у школярів старших класів та студентів [19; 43;48]. Проблема виховання інтересу до фізкультурно-оздоровчої роботи у закладах освіти та мотивація до здорового способу життя дітей молодшого шкільного віку залишається *актуальною* і потребує наукового обґрунтування.

Здоров'я людини визначається комплексом біологічних (успадкованих та набутих) та соціальних факторів. Останні мають настільки важливе значення у підтриманні стану здоров'я або виникненні і розвитку хвороби, що у преамбулі до статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я записано: „Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб та фізичних дефектів”. Однак, те, наскільки широке соціологічне визначення здоров'я є дещо суперечливим, оскільки соціальна повноцінність людини не завжди збігається з її біологічним станом. Взагалі, поняття здоров'я є дещо умовним та об'єктивно встановлюється за сукупністю антропометричних, клінічних, біохімічних та

фізіологічних показників, що визначаються із урахуванням статевого, вікового факторів, а також кліматичних та географічних умов [24;37].

Здоров'я необхідно характеризувати не лише якісно, а й кількісно, оскільки існує поняття про ступінь здоров'я, який визначається шириною адаптаційних (приспосувальних) здібностей організму. Хоча здоров'я являє собою стан, протилежний хворобі, воно може бути пов'язане з різними перехідними станами і не мати чітких меж. Стан здоров'я не виключає наявності в організмі хвороботворного начала, яке ще не проявилось, або суб'єктивних коливань у самопочутті людини. У зв'язку з цими властивостями виникло поняття „практично здорова людина”, за якого патологічні зміни, що спостерігаються в організмі, не впливають на працездатність людини і її самопочуття. Разом з тим, відсутність кричущих порушень ще не свідчить про відсутність стану хвороби, оскільки перенапруження захисно-приспосувальних механізмів, не порушуючи здоров'я, може призвести до розвитку хвороби в умовах впливу на організм надзвичайних подразників. До факторів, що визначають здоров'я людей, відносяться реальні прибутки, тривалість робочого дня, ступінь інтенсивності та умов трудового навантаження, наявність професійних шкідливих умов, рівень та характер харчування, житлові умови, стан охорони здоров'я у даному регіоні і, що, вкрай важливе – спосіб життя, який обирає для себе кожна людина самостійно. Однозначного критерію, за яким можна було б судити про стан здоров'я населення, не існує, бо навіть середня тривалість життя – це недостатній критерій, якщо не враховувати цілий комплекс соціально-біологічних чинників. У ХХ столітті Всесвітньою організацією охорони здоров'я були визначені засади наукової організації охорони здоров'я окремих осіб: підвищення захисних властивостей людського організму, а також створення умов, які попереджують контакт людей з особливими патогенними подразниками або послаблюють їхню дію на організм [40; 54].

Охорона здоров'я в усьому світі, в тому числі і в Україні, прагне розвивати, охороняти та зміцнювати людське здоров'я. Цьому сприяє профілактичний характер сучасної медицини, розповсюдженість кваліфікованого безкоштовного лікування, загальнодоступність медицини, широка мережа лікувально-профілактичних закладів (санаторіїв, профілакторіїв тощо). Особливе місце у системі охорони здоров'я належить фізичній культурі та спорту, а отже, і фізичному вихованню.

Фізична культура – частина загальної культури суспільства, одна з сфер соціальної діяльності, спрямована на зміцнення здоров'я, розвиток фізичних здібностей людини. Основні показники стану фізичної культури в суспільстві – рівень здоров'я і фізичного розвитку людей, ступінь використання фізичної культури у сфері виховання та освіти, у виробництві, побуті, спортивні досягнення.

Фізичне виховання – це органічна частина загального процесу виховання, соціально-педагогічний процес, спрямований на зміцнення здоров'я, гармонійний розвиток форм і функцій людського організму. Основні засоби фізичного виховання – виконання фізичних вправ, загартування організму, гігієна праці та побуту [12; 27].

На відміну від охорони здоров'я, фізична культура не має чітко визначеної області дії, вона призначена для всебічного розвитку людського тіла і духу. Кажучи спрощено, якщо охорона здоров'я бореться з наслідками негативних процесів, то фізична культура їй попереджає, допомагає їх уникнути.

Головними «ворогами» здорового способу життя можна назвати культурні забобони, деякі соціальні чинники (недостатня матеріальна забезпеченість тощо), а також так звані «шкідливі звички», які мають одночасно психологічну, культурну і соціальну природу. Фізичне виховання покликане послабити та нейтралізувати дію цих негативних факторів, які щороку призводять до зростання смертності та погіршення загального стану здоров'я населення України.

Екологічна ситуація в Україні склалася так, що дослідники з сумом і розпачем свідчать: навряд чи навіть 5% населення може бути визнане об'єктивно здоровим. Отже, під переважну більшість об'єктивно нездорових підпадає і більша частина молоді. На жаль, освітня система України робить наголос на загальне, масове фізичне виховання, яке сприймається більшістю учнів як не виправдане і необ'єктивне.

Що ж стосується західного досвіду, то там майже скрізь проблема фізичного виховання вирішена за допомогою особистого підходу до учнів, проектування їхнього реального стану здоров'я на комплекс заходів, що мають бути щодо нього вжиті.

Основні підходи до формування здорового способу життя та зміцнення здоров'я визначені Державною програмою „Діти України”, де наголошується, що здоров'я підростаючого покоління – це інтегративний показник суспільного розвитку, могутній фактор впливу на економічний і культурний потенціал країни. У науковій і методичній літературі здоровий спосіб життя визначається як комплекс оздоровчих заходів, що забезпечують гармонійний розвиток та зміцнення здоров'я [11; 23;44; 45].

Виходячи з вище висловленого нами була поставлена мета нашої роботи.

Зв'язок роботи з науковими планами, темами. Кваліфікаційна робота виконана в межах плану науково-дослідної роботи кафедри фізичного виховання, спорту та здоров'я людини Маріупольського державного університету Міністерства освіти і науки України на 2018-2022 роки за темою «Здоров'язберезувальні та рекреаційно-оздоровчі технології в галузі фізичної культури та спорту» (номер державної реєстрації 0118U003555).

Об'єкт дослідження: стан здоров'я молодших школярів.

Предмет дослідження: рівень фізичної підготовленості учнів початкових класів.

Мета дослідження: проаналізувати стан здоров'я учнів початкових класів, та виявити їх рівень фізичної підготовленості під час занять фізичною культурою.

Мета була реалізована через вирішення **завдань дослідження:**

- 1) Зробити аналіз теоретико-методичних основ здорового способу життя.
- 2) Визначити рівень фізичної підготовленості учнів молодших класів.
- 3) Узагальнити отримані дані і надати висновки по темі роботи.

Методи дослідження:

1. Аналіз науково-методичної літератури;
2. Метод тестування;
3. Педагогічний експеримент;
4. Педагогічне спостереження;
5. Метод експертних оцінок;
6. Метод математичної статистики.

Наукова новизна роботи:

- доповнено дані про зміни фізичної підготовленості учнів молодших класів під впливом занять фізичними вправами;
- розроблено диференційований підхід для учнів молодших класів з різними рівнями фізичної підготовленості, що відрізняється співвідношенням засобів, спрямованих на розвиток фізичних якостей, обсягом та інтенсивністю фізичних навантажень.

Практична значущість результатів дослідження полягає у втіленні диференційованого підходу на заняттях фізичної культури з учнями молодших класів з урахуванням показників їхньої фізичної підготовленості.

Апробація і впровадження результатів. Матеріали Кваліфікаційної роботи доповідались та обговорювались на «Декаді студентської науки» – 2020. Результати дослідження опубліковано у матеріалах цієї конференції.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, 4 розділів, висновків до розділів, списку літератури; викладена на 84

сторінках машинописного тексту, з них 77 сторінки основного тексту. В роботі представлено графічний матеріал у 12 рисунках. Список літератури включає 60 бібліографічних посилань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

1.1. Визначення поняття «здоров'я» людини, його компоненти та передумови

Сучасні уявлення світової науки стосовно феномена здоров'я людини ґрунтуються на новому розумінні актуальності проблеми виживання людства взагалі.

Наприкінці ХХ століття лідери світової науки залучили проблему здоров'я до кола глобальних проблем, вирішення яких обумовлює факт подальшого існування людства як біологічного виду на планеті Земля. Нині у науковому обігу виникло нове визначення - антропологічна катастрофа. сутність якої полягає в тому, що згідно з основним біологічним законом кожен біологічний вид вимирає, якщо змінюються умови існування, до яких він був пристосований тисячоліттями в ході еволюції. До останнього етапу розвитку людства (до початку ХХ століття) умови його існування формувала природа, і саме до цих умов організм людини і пристосувався біологічно протягом попереднього еволюційного періоду. Але з того часу як людина охопила своєю діяльністю майже всю планету (ХХ століття) вона почала істотно змінювати умови життєдіяльності, до яких була пристосована в своєму історико-біологічному розвитку. Ці зміни в останній чверті століття, як свідчать об'єктивні дослідження, набули катастрофічного масштабу. За даними медичної статистики підвищення показників захворюваності і смертності спостерігається саме з другої половини ХХ століття, і деякі вчені пов'язують це з тим, що негативні процеси набули планетарного розмаху [8; 9; 28; 37;57].

Глобальна вагомість і актуальність проблеми викликала необхідність ґрунтовних досліджень феномена здоров'я людини і його складників, пошуку

шляхів позитивного впливу. З цією метою передові представники світової науки об'єдналися в міжнародний рух. У 1977 році ВООЗ ініціювала кампанію „Здоров'я для всіх”, у межах якої розпочався процес збору і систематизації інформації про існуючі загрози здоров'ю. За підсумками роботи було скликано Міжнародну конференцію з першочергових заходів щодо охорони здоров'я (Алма-Ата, 1978 р.), яка проголосила відповідну Декларацію. У 1980 році ВООЗ визначила глобальну стратегію „Здоров'я для всіх до 2000 року”, що ґрунтувалася на результатах вже проведених досліджень і започатковувала нові. Висновки науковців оприлюднені на I Міжнародній конференції з пропаганди здорового способу життя (Оттава, 1986 р.). Її підсумком була Оттавська Хартія, що визначила сучасне наукове уявлення про поняття здоров'я, його складові частини, детермінанти, стратегії позитивного впливу. Основні тези, положення і принципи Хартії стали програмними імперативами, якими нині керується світова спільнота в діяльності з проблем здоров'я. Саме на цьому підґрунті побудований теоретико-методологічний підхід до обґрунтування індикаторів національного опитування української молоді з проблем здоров'я і здорового способу життя [47;56, 59].

Поняття здоров'я. Виявлена обмеженість суто медичного підходу, що визначає здоров'я як відсутність хвороби. За сучасними уявленнями здоров'я розглядають не як суто медичну, а як комплексну проблему, складний феномен глобального значення. Тобто здоров'я визначається як філософська, соціальна, економічна, біологічна, медична категорії, як об'єкт споживання, вкладу капіталу, індивідуальна і суспільна цінність, явище системного характеру, динамічне, постійно взаємодіюче з оточуючим середовищем. Стан власне системи охорони здоров'я обумовлює в середньому лише близько 10% всього комплексу впливів. Решта 90% припадає на екологію (близько 20%), спадковість (близько 20%), і найбільше - на умови і спосіб життя (близько 50%).

Звідси походить загальноприйняте у міжнародному співтоваристві визначення здоров'я, викладене в Преамбулі Статуту ВООЗ: „Здоров'я - це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад” [43]. Крім розглянутого підходу, що став базовим для українсько-канадського проекту „Молодь за здоров'я”, існує широкий перелік дещо інших підходів до визначення поняття здоров'я людини. У своїй праці “Соціальні технології культивування здорового способу життя людини.

Л.П. Сущенко проводить досить детальний аналіз відомих поглядів, визначень та підходів до поняття здоров'я. На її думку, - „у даний час усе більше утверджується точка зору, відповідно з якою здоров'я визначається взаємодією біологічних та соціальних чинників, тобто зовнішні впливи опосередковані особливостями функцій організму та їх регуляторних систем”. Існує визначення здоров'я як стан оптимальної життєдіяльності людини. В науковій роботі аналізується понад 200 визначень поняття „здоров'я”. Дискусія щодо визначення поняття здоров'я ще триває, але важливим є визнання того, що здоров'я людини не зводиться до фізичного стану, а передбачає психоемоційну врівноваженість, духовне та соціальне здоров'я [59].

Поняття сфер або складових здоров'я. Світова наука розробила цілісний погляд на здоров'я як феномен, що інтегрує принаймні чотири його сфери або складові - фізичну, психічну (розумову), соціальну (суспільну) і духовну. Всі ці складові невід'ємні одна від одної, вони тісно взаємопов'язані і саме разом, у сукупності визначають стан здоров'я людини. Для зручності вивчення, полегшення методології дослідження феномена здоров'я наука диференціює поняття фізичного, психічного, соціального і духовного здоров'я. Цей принцип диференціації був закладений у групування індикаторів опитування з урахуванням змісту кожної сфери.

До сфери фізичного здоров'я включають такі чинники, як індивідуальні особливості анатомічної будови тіла, перебігу фізіологічних функцій

організму в різних умовах спокою, руху, довкілля, генетичної спадщини, рівня фізичного розвитку органів і систем організму.

До сфери психічного здоров'я відносять індивідуальні особливості психічних процесів і властивостей людини, наприклад збудженість, емоційність, чутливість. Психічне життя індивіда складається з потреб, інтересів, мотивів, стимулів, установок, цілей, уяв, почуттів тощо. Психічне здоров'я пов'язане з особливостями мислення, характеру, здібностей. Всі ці складові і чинники обумовлюють особливості індивідуальних реакцій на однакові життєві ситуації, вірогідність стресів, афектів [59].

Духовне здоров'я залежить від духовного світу особистості, зокрема складових духовної культури людства – освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики. Свідомість людини, її ментальність, життєва самоідентифікація, ставлення до сенсу життя, оцінка реалізації власних здібностей і можливостей у контексті власних ідеалів і світогляду - все це обумовлює стан духовного здоров'я індивіда.

Соціальне здоров'я пов'язане з економічними чинниками, стосунками індивіда із структурними одиницями соціуму – сім'єю, організаціями, з якими формуються соціальні зв'язки, праця, відпочинок, побут, соціальний захист, охорона здоров'я, безпека існування тощо. Впливають міжетнічні стосунки, вагомість різниці у прибутках різних соціальних прошарків суспільства, рівень матеріального виробництва, техніки і технологій, їх суперечливий вплив на здоров'я взагалі. Ці чинники і складові створюють відчуття соціальної захищеності (або незахищеності), що суттєво позначається на здоров'ї людини. У загальному вигляді соціальне здоров'я детерміноване характером і рівнем розвитку головних сфер суспільного життя в певному середовищі - економічній, політичній, соціальній, духовній.

Зрозуміло, що у реальному житті всі чотири складові – соціальна, духовна, фізична, психічна, і діють одночасно. Інтегрований вплив цих складових визначає стан здоров'я людини як цілісного складного феномена [41;60].

Поняття передумов здоров'я. До основних передумов здоров'я зараховують вісім чинників: мир, дах над головою, соціальна справедливість, освіта, харчування, прибуток, стабільна екосистема, сталі ресурси. Ті з передумов, наявність (відсутність, недостатність) яких у цілому або частково можливо було визначити засобами опитування, відбивають відповідні індикатори.

Освіта. Рівень здоров'я, як правило, безпосередньо пов'язаний з рівнем освіти. Чим вищий середній рівень освіти в певному соціальному середовищі, тим кращі узагальнені показники здоров'я він демонструє. Природно, що піклування про власне і громадське здоров'я неможливе без знання того, чому це необхідно і як це робити. Причому поняття освіти в даному контексті доцільно розуміти не тільки як освіту суто валеологічну, а значно ширше - як загальну освіту в цілому. Чим ширше знання основних природничих, наукових, філософських, гуманітарних положень, тим більше можливостей створити у суспільстві системне уявлення про проблему здоров'я взагалі. Крім того, поняття освіти потрібно розуміти комплексно: і як надання інформації, і як навчання методам, прийомам і навичкам здорового способу життя, і як виховання в душі безумовного пріоритету цінностей індивідуального і громадського здоров'я в усіх його проявах, сферах, рівнях.

Харчування. Це поняття розглядається не тільки утилітарно, як засіб ліквідації почуття голоду або мінімальної підтримки життєдіяльності організму. Воно включає забезпечення широким верствам населення доступу до споживання якісної питної води, необхідної кількості вітамінів, мікроелементів, протеїнів, жирів, вуглеводів, продуктів підвищеної біологічної цінності, фітопродуктів, спеціальних продуктів і харчових добавок тощо, що поліпшує стан здоров'я і протидіє природному процесу старіння.

1.2. Визначення здорового способу життя та його формування

У філософському розумінні спосіб життя – це синтетична характеристика сукупності типових видів життєдіяльності людей (індивідів та соціальних утворень) у поєднанні з умовами життя суспільства. Спосіб життя охоплює всі сфери суспільства: працю і побут, суспільне життя і культуру, поведінку (стиль життя) людей та їх духовні цінності. Тобто, поведінка, або стиль життя, є одним з найважливіших елементів способу життя в цілому, який не може не впливати на здоров'я окремої особи або на здоров'я тих чи інших соціальних груп населення [8; 14; 26;33].

Поведінка є однією з основних детермінант здоров'я, ступінь впливу якої значно перевищує вплив багатьох інших детермінант. За визначенням М. Лалонде (M. Lalonde) [12], вона разом з біологією людини, медичною допомогою та навколишнім середовищем відноситься до чотирьох основних чинників, що визначають рівень здоров'я [55]. Результати спеціальних досліджень, проведених у 70-х роках у США з метою кількісної оцінки впливу різних чинників на здоров'я виявили, що група чинників названих „біхевіоральними” (поведінковими) постійно випереджувала інші.

Найважчі хвороби у розвинутих країнах у наш час пов'язані з індивідуальними звичками, особливо постійними, які у сукупності часто називають способом життя.

Звіт ВОЗ про здоров'я у світі 1995 року підтверджує ці дані і свідчить, що захворювання та стани, пов'язані із способом життя людини, є причиною 70-80% смертності у розвинутих країнах і приблизно 40% - в країнах, які розвиваються. Передбачається, що і в країнах, які розвиваються, ситуація погіршуватиметься. Кількість захворювань, пов'язаних із способом життя, зростатиме через те, що мають місце негативні зміни в харчуванні та поведінці середнього класу. Розвиток цивілізації породжує такі зміни в способі життя, які підвищують ступінь ризику виникнення так званих „хвороб сучасної цивілізації”, що найбільш розповсюджені в індустріально

розвинутих країнах. Це, зокрема, захворювання серцево-судинної системи, окремі типи онкологічних захворювань та ожиріння. Багато з них зумовлені цілою низкою чинників [54].

Поведінкові чинники можуть бути як сприятливими, так і шкідливими для здоров'я, що залежить від вибору способу життя конкретною особою. Поведінка людини важлива для здоров'я, оскільки впливає на нього безпосередньо через спосіб життя або опосередковано – через економічні чи соціо-економічні умови, які, безперечно, є основною детермінантою здоров'я. Щоб вплинути на поведінку людини, необхідні зусилля з боку самої людини, сім'ї та суспільства [54]

Поняття здорового способу життя. З позицій викладеного розуміння феномена здоров'я людини походить визначення поняття здорового способу життя (ЗСЖ): це все в людській діяльності, що стосується збереження і зміцнення здоров'я, все, що сприяє виконанню людиною своїх людських функцій через діяльність з оздоровлення умов життя – праці, відпочинку, побуту.

Складові ЗСЖ містять різноманітні елементи, що стосуються усіх сфер здоров'я – фізичної, психічної, соціальної і духовної. Найважливіші з них – харчування (в тому числі споживання якісної питної води, необхідної кількості вітамінів, мікроелементів, протеїнів, жирів, вуглеводів, спеціальних продуктів і харчових добавок), побут (якість житла, умови для пасивного і активного відпочинку, рівень психічної і фізичної безпеки на території життєдіяльності), умови праці (безпека не тільки у фізичному, а й психічному аспекті, наявність стимулів і умов професійного розвитку), рухова активність (фізична культура і спорт, використання засобів різноманітних систем оздоровлення, спрямованих на підвищення рівня фізичного розвитку, його підтримку, відновлення сил після фізичних і психічних навантажень) [55;60].

Для усвідомлення ЗСЖ важливі проінформованість і можливість доступу до спеціальних профілактичних процедур, що мають уповільнювати

природний процес старіння, наявність належних екологічних умов, інших складових ЗСЖ, що стосуються переважно не тільки фізичного і психічного, а також соціального і духовного здоров'я.

Проблема формування здорового способу життя досить ретельно висвітлюється в багатьох соціально-філософських, педагогічних, соціологічних, медичних працях. Особливої актуалізації ця проблематика набула у другій половині ХХ століття як у світі в цілому, так й в Україні.

Тенденції розвитку країн колишнього Радянського Союзу протягом 80-90-х років змусили суспільство по-новому поставитись до складових здоров'я та формування здорового способу життя, зокрема молодого покоління. Слід підкреслити, що цим питанням приділяють увагу різні науки – медицина, гігієна, охорона здоров'я, екологія, педагогіка, психологія, соціологія, фізична культура і валеологія. Формуванню здорового способу життя в учнівської молоді, формуванню ціннісних орієнтацій підлітків на здоровий спосіб життя, організації здорового способу життя школярів, медико-біологічним та психолого-педагогічним основам здорового способу життя, принципам формування здорового способу життя молоді присвячені наукові праці та посібники [46; 52]. У більшості шкіл викладається курс валеології – наука про здоровий спосіб життя.

Наш підхід розглядає формування здорового способу життя молоді як важливу складову молодіжної та соціальної державної політики. Втім, вона передбачає: по-перше – вивчення уявлень молоді про здоровий спосіб життя та розробку методів оцінки здоров'я індивіда; по-друге – формування свідомості та культури здорового способу життя; по-третє – розробку методик навчання молоді здоровому способу життя; по-четверте – впровадження соціальних програм культивування здорового способу життя та збереження здоров'я; по-п'яте, – розробку та впровадження системи скринінгу і моніторингу здорового способу життя молоді.

Ми акцентуємо увагу на формуванні здорового способу життя саме молоді, оскільки саме у молоді роки відбувається сприйняття певних норм та

зразків поведінки, накопичення відповідних знань та вмінь, усвідомлення потреб та мотивів, визначення ціннісних орієнтацій, інтересів та уявлень.

1.3. Досвід вивчення здорового способу життя

Викладене трактування ЗСЖ дозволяє більш широко висвітлити досвід соціологічних досліджень у близьких сферах. Як зазначалось, один з багатьох дослідницьких підходів розглядає здоров'я і добробут у контексті якості життя. Але й визначення поняття та складових якості життя є однією з дискусійних тем наукових досліджень. Одну з концепцій якості життя розроблено в Центрі здоров'я Торонтського університету (Канада) у межах проекту Міністерства громади та соціальних послуг м. Онтаріо. Концепція ґрунтувалась на визначенні „якості життя” в психології, соціології та філософії. Як результат, побудовано модель якості життя, що складається з дев'яти сфер, об'єднаних у три більш загальні категорії: „стан особистості” (фізичний, психологічний та психічний стани), „оточуюче середовище” (соціальне оточення, екологічне оточення, локальна громада), „наявна інфраструктура” (можливості власного розвитку, проведення вільного часу, наявність роботи та можливість працевлаштування). Кожна з цих складових розглядається як пропозиція певних „можливостей” для індивідів. А індивід може максимально скористатися такими можливостями заради досягнення добробуту. Таким чином, якість життя визначається як „ступінь задоволеності індивідом важливими можливостями його життя” [50; 54; 58].

Зваживши всі аспекти у межах цієї парадигми щодо здорового способу життя, слід зазначити важливість таких питань:

- чи має індивід знання про здоровий спосіб життя;
- чи існують можливості отримати ці знання;
- чи знає індивід, де отримати необхідні або додаткові знання;
- чи доступні ці джерела для кожного;
- чи достатній рівень його підготовки, щоб скористатися знаннями;

- порівняння свого життя із принципами здорового способу життя;
- самооцінка необхідності змін у своєму житті та усвідомлення цієї необхідності;
- оцінка наявності об'єктивних (що не залежать від індивіда) можливостей для здорового способу життя;
- оцінка наявних суб'єктивних (що залежать від індивіда) можливостей для здорового способу життя;
- оцінка спроможності змінити суб'єктивні можливості, що заважає цим змінам, чи прагне сам індивід до цих змін, які умови необхідні, щоб змінити.

Для кожної з трьох зазначених вище категорій моделі якості життя є досить розроблені індикатори здорового способу життя:

1) задоволеність своїми даними:

- зовнішність;
- тіло;
- успішність або виконання службових обов'язків порівняно з іншими;
- своїм статусом у колективі (виробничий, друзів, однодумців тощо);
- своїм статусом у сім'ї;
- своїм сприйняттям світу.

2) задоволеність соціальним оточенням:

- сприйняття соціальних проблем;
- сім'я;
- сусіди;
- родичі;
- колеги;
- товариші у закладі освіти;
- рівень соціальної напруженості;
- політична ситуація;
- довіра до керівних органів;

- рівень безпеки.

3) задоволеність можливостями:

- рівень зарплатні;
- житло;
- предмети довготривалого користування;
- престижні речі;
- одяг;
- харчування;
- транспорт;
- освіта;
- робота;
- медичне обслуговування;
- культурні запити;
- заняття спортом;
- проведення вільного часу (наявність закладів, їх доступність за цінами);
- спілкування;
- отримання інформації;
- сексуальні стосунки;
- громадська активність.

Такий підхід дозволяє розглядати індивідів у контексті оточення та умов життя, узагальнювати на рівні однорідних утворень, конкретних населених пунктів чи мікрорайонів [34; 44; 45].

Певний досвід вивчення соціального самопочуття населення накопичений і українською соціологічною наукою. Найбільш ґрунтовні напрацювання зроблені протягом останніх років у межах дослідження суспільства, що трансформується. Аналіз соціального самопочуття людей як їхньої реакції на соціальні зміни увійшов у практику емпіричних соціологічних досліджень в Україні всупереч невизначеності теоретичної

інтерпретації категорії „соціального самопочуття”. Найбільш важливим є те, що соціальне самопочуття розглядається як інтегративний показник, що відбиває головні сфери життєдіяльності людини та емоційну оцінку людиною соціальної дійсності та власного місця в ній. Серед ґрунтовних наукових досліджень слід зазначити роботу Глушкова Е.К., Попової Н.М., Улицкої Е.М. [22]. Перелік емпіричних індикаторів умовно поділений на 11 сфер соціальної діяльності індивіда, кожна з яких обмежується рівним числом індикаторів: сфера соціальних відносин; сфера соціальної безпеки; сфера національних відносин; соціально-політична сфера; професійно-трудова сфера; інформаційно-культурна сфера; рекреаційно-культурна сфера; матеріально-побутова сфера (1-й рівень необхідності); матеріально-побутова сфера (2-й рівень – тобто предмети не першої необхідності); сфера міжособистісних стосунків; особистісна сфера (якості особи).

Ще одним колективом, який системно вивчає соціальне самопочуття окремих груп населення, є Український інститут соціальних досліджень (попередня назва – Український науково-дослідний інститут проблем молоді). Починаючи з 1986 року моніторингові дослідження становища молоді постійно включали такі складові, як соціально-економічне становище, соціально-політичні орієнтації, рівень соціальної напруженості, ціннісні орієнтації, духовність, громадянська самосвідомість, моделі поведінки, соціальні безпека та захист, професійно-трудова діяльність, культурні потреби та рівень їх задоволення, стан здоров'я, структура харчування, рівень задоволеності різними аспектами свого життя, життєві плани, сімейно-шлюбні стосунки тощо.

Враховуючи наведені вище теоретичні підходи, конкретні завдання національного опитування молоді у межах українсько-канадського проекту „Молодь за здоров'я”, специфіку вікових груп, що є об'єктом дослідження, та можливості методу масового опитування, розроблено систему індикаторів показників і складових ЗСЖ. Підготовлені анкети для дітей 10-14 років та молоді 15-22 років пройшли експертну оцінку, тестування шляхом апробації

за участю представників цільових груп опитування. Слід зауважити, що дослідницька група була також обмежена обсягом анкет, виходячи з розумної тривалості опитування. Таким чином, можна сказати, що напрацьований інструментарій опитування є першим досвідом дослідження здорового способу життя методом масового опитування і першим кроком у фундаментальному вивченні проблеми соціологічними методами [12].

Показники фізичного здоров'я. Відповідно до змісту сфери фізичного здоров'я, наведеному у підрозділі 1.1 (індивідуальні особливості анатомічної будови тіла, перебігу фізіологічних функцій організму в різних умовах спокою, руху, довкілля, генетичної спадщини, рівня фізичного розвитку органів і систем організму), були визначені індикатори зросту і ваги, оскільки вони відбивають (з певними обмеженнями) вади (або їх відсутність) анатомічної побудови тіла і (також з певними обмеженнями) якість генетичної спадковості. Що стосується показників перебігу фізіологічних функцій організму в різних умовах спокою, руху, довкілля і рівня фізичного розвитку органів і систем організму, то їх неможливо визначити інструментарієм соціологічного опитування через те, що необхідне лабораторне фізіологічне тестування систем організму, які забезпечують рухові дії (м'язової, нервової, енергозабезпечуючої систем). Тому були вибрані індикатори, що опосередковано свідчать про характер реакції організму на фізичні навантаження і доступні для об'єктивного визначення при опитуванні: показники травмування, а також факту і спроможності виконання фізичних навантажень, типових для звичайної рухової активності. Ці індикатори можна розглядати (з певними обмеженнями) як показники готовності до виконання навантажень, тобто як опосередковані показники сфери фізичного здоров'я [13].

Показники психічного здоров'я. Відповідно до змісту цієї сфери здоров'я, наведеному у підрозділі 1.1 (індивідуальні особливості психічних процесів і властивостей – збудженість, емоційність, чутливість, схильність до стресів, афектів, особливості мислення, характеру, здібностей, потреб,

інтересів, мотивів, стимулів, установок, цілей, уявлень, почуттів тощо), були вибрані відповідні індикатори: наявність проблем спілкування, відчуття комфорту перебування в колективі, характер стосунків із близьким оточенням, вміння керувати своїм психічним станом, ступінь стресу, ступінь самозадоволення, тобто індикатори, які відбивають індивідуальні особливості психічних процесів і властивостей людини. Безпосередній вимір таких властивостей психіки, як збудженість, психічна сталість, рівень емоційності, межа чутливості, стійкість стимулів, причетність до певного психотипу тощо, не проводився тому, що його неможливо здійснити засобами соціологічного опитування. Це потребує спеціальних психофізіологічних досліджень кожного індивіда у лабораторних умовах із застосуванням відповідної апаратури. Саме тому вибір індикаторів був достатньо різноманітним, щоб максимально охопити сферу психічного здоров'я тими засобами, які можливі у соціологічному опитуванні.

Показники духовного здоров'я. Відповідно до змісту цієї сфери здоров'я, наведеному в підрозділі 1.1 (ставлення до освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики; свідомість, ментальність, життєва самоідентифікація, оцінка реалізації власних здібностей і можливостей), були вибрані індикатори, що свідчать про занепокоєння (або його відсутність) станом загальноприйнятих у суспільстві чинників духовності: релігійних, культурних, патріотичних. Про духовні запити свідчать індикатори вибору змісту дозвілля. Залучення до інституту освіти відбивають індикатори рівня освіти, характеру спілкування з освітянами. Природно, до переліку індикаторів не входили такі, що безпосередньо спрямовані на визначення рівня свідомості респондентів або ступеня відданості загальноприйнятому етичному кодексу людства, оскільки отримати об'єктивну інформацію за такими показниками не уявляється можливим [16].

Показники соціального здоров'я, що пов'язані з економічними чинниками, стосунками індивіда із структурними одиницями соціуму (див. підрозділ 1.1), визначалися такими індикаторами, як характеристики

найближчого оточення і взаєностосунків в ньому, соціальний статус, соціальне самопочуття, наявність (відсутність) відчуття безпеки в соціумі, ступінь задоволеності повсякденними умовами життя, самооцінка добробуту, прибутки, можливості та структура витрат, умови житла, можливості відпочинку. Наведений перелік достатньо повно описує соціальне здоров'я респондентів. Саме у соціальній сфері здоров'я засоби соціологічного дослідження дають найповніше уявлення про стан справ і практично не потребують додаткової інструментарію з арсеналу інших наук [16].

Вимір рівня здоров'я і ступеня обізнаності щодо заходів його поліпшення. Про реальний рівень здоров'я респондентів найбільш повне уявлення дають висновки індивідуального поглибленого медичного обстеження. Зрозуміло, що скористатися цим методом в ході соціологічного опитування неможливо, тому застосовувались найбільш інформативні в цьому відношенні індикатори наявності (відсутності) захворювань протягом останнього року, перебігу хвороби, а також факту наявності/відсутності хронічних захворювань. Ці індикатори дають достатньо повне уявлення принаймні про суто медичний бік проблеми. Природно, для усіх респондентів, незалежно від рівня здоров'я, є актуальним питання поліпшення або удосконалення власного здоров'я. Цю можливість обумовлює перш за все ступінь обізнаності щодо можливих заходів. Взагалі, питання обсягу і якості наявної освіти та інформації щодо проблеми здоров'я одне з найважливіших питань індивідуального і громадського здоров'я населення країни. Фактично, цілеспрямована освіта і проінформованість є головними і необхідними передумовами усвідомлення молоддю цінності здоров'я і здорового способу життя. Для висвітлення цього аспекту буття молоді були вибрані відповідні індикатори у великому обсязі, при чому окремі індикатори відбивають також моделі можливих дій (або бездіяльності) щодо поліпшення власного здоров'я [2; 5].

Показники здорового способу життя, можливостей його реалізації та засобів впливу на його формування

Рухова активність. Одним із найважливіших показників здорового способу життя є обсяг фізичних навантажень. Як безпосередні показники рухової активності, що впливають на визначення здорового способу життя (чи нездорового), використано індикатори про наявність (чи відсутність), характер і обсяг фізичних навантажень, які дають чіткі підстави для розподілу респондентів стосовно цього аспекту здорового способу життя.

Харчування. Показовою характеристикою здорового способу життя є структура (якісний склад) продуктів харчування, що вживаються в повсякденному режимі. Уявлення про ці показники дають відповідні індикатори, структуровані за кількістю вживання продуктів в часі і ступенем їхньої користі для організму.

Шкідливі звички. Питома вага шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків, інших хімічних речовин) у комплексі впливів, що визначають спосіб життя, є надзвичайно суттєвою. Саме тому цей аспект опитування містить велику кількість індикаторів, які досить повно відбивають спектр проблеми – причини не паління, віковий і кількісний зріз тих, хто палить, паління в оточенні, вікова, кількісна і якісна ознаки вживання алкоголю, віковий і структурний аналіз наркотизації, ступінь проінформованості й усвідомлення шкоди подібних звичок.

Можливості реалізації здорового способу життя. Опитування з проблем здорового способу життя, безумовно, не може обминути питання, щодо можливостей його реалізації молоддю в існуючих умовах. Але складність вивчення полягає в тому, що питання можливості (неможливості) вести здоровий спосіб життя надзвичайно суб'єктивне, тому що воно перш за все детерміновано ступенем усвідомлення людиною важливості дій в цьому напрямі. Навіть при відсутності деяких об'єктивних умов (комфортне житло, належне харчування, достатній дохід тощо) особистості з високим рівнем свідомості стосовно здорового способу життя прагнуть діяти заради власного здоров'я. І навпаки, за достатньо об'єктивних умов нестача особистісних стимулів унеможливорює прагнення бути здоровим. Тому вельми

проблематично пропонувати такі індикатори для опитування, які б об'єктивно висвітлювали реальні можливості (неможливості) реалізації здорового способу життя – ці можливості переважно залежать від самої людини. З огляду на це, опитування не містить прямих запитань щодо згаданих можливостей – є вони чи ні. З іншого боку, існує певний мінімум об'єктивних умов життя, який обумовлює можливості реалізації здорового способу життя. Тому опитувальник містить декілька індикаторів, що опосередковано спрямовані на виявлення таких можливостей. Це – *індикатор добробуту родини*, який опосередковано характеризує потенційну можливість реалізації здорового способу життя, *індикатор ставлення найближчого оточення до цінностей здоров'я* теж певний показник такої можливості, оскільки складно вести здоровий спосіб життя при негативному ставленні друзів і знайомих. Певні уявлення щодо цієї можливості дають індикатори ступеня перманентного стресу і захворюваності – хвора або постійно психічно напружена людина обмежена в реалізації здорових дій.

Крім того, опосередкованими індикаторами можливостей пропонувалося пряме запитання – щодо наявності взуття і одягу для занять фізичною культурою. Воно обумовлено не стільки тим, що можливість занять фізичною культурою і спортом залежить від наявності екіпіровки, скільки тим, що молодь потребує достатньо модної екіпіровки, аби не видаватися гіршими, ніж однолітки. Тому цей індикатор об'єктивно відбиває не факт наявності (відсутності) будь-якого одягу і взуття для занять фізичною культурою і спортом, а, скоріше, суб'єктивне сприйняття респондентами своєї можливості займатися. В цьому контексті наявність порядної екіпіровки опосередковано свідчить ще й про певні дії або принаймні прагнення до занять.

Певну інформацію про суб'єктивну оцінку молоддю наявних обмежень щодо можливостей здорового способу життя дають показники стурбованості питаннями занять фізкультурою і спортом, проінформованості про здоровий спосіб життя, стан довкілля [10; 11].

Можливі засоби впливу на формування здорового способу життя. З огляду на необхідність впровадження політики здоров'я у молодіжному середовищі питання засобів цього впровадження є одним з головних. Індикатори опитування спрямовувались на визначення найбільш впливових, ефективних засобів, на сприйняття їх функціонування молоддю. Характер впливів різних джерел на формування способу життя молоді відбивають індикатори різних джерел інформації та їх ефективності.

Отже, розглянуто основні компоненти чи складові здоров'я та здорового способу життя. Але вони не є рівнозначними. Крім того, не існує концепції кількісного виміру „здоров'я” як комплексного інтегрального показника. Якщо для оцінки фізичного здоров'я людини використовуються інформативні методики, які залежно від віку, статі, фізичного стану, функціональних можливостей організму, рівня підготовленості дозволяють віднести кожного індивіда до одного з п'яти рівнів фізичного розвитку, то для психічного, духовного та соціального здоров'я методи кількісних оцінок поки що тільки напрацьовується.

1.4. Формування здорового способу життя засобами фізичної культури

Термін „фізична культура” має декілька значень. Під ним розуміють „втілення в самій людині, результати використання матеріальних і духовних цінностей, які відносяться до фізичної культури в широкому розумінні, так як засвоєні людиною фізкультурні знання, уміння, навички, які досягнуті на основі використаних засобів фізичного виховання, показники розвитку і т.д. [10].

У цьому плані фізичну культуру школяра слід розглядати не тільки як заняття руховими вправами і процедурами загартування. Поняття „фізична культура” включає ще і широкий коло розумінь, які відносяться до занять про правильний режим раціонального харчування, дотримання правил

гігієни, вироблення корисних звичок. Можна сказати, що фізична культура школяра – це принцип його відношення до свого здоров'я, до розвитку і збереженню можливостей свого організму. На основі цього принципу будується повсякденне життя учнів, в якому фізична культура являється складовою частиною загальної культури.

Такі задачі фізичної культури закладені в шкільній навчальній програмі. В ній ставиться завдання виховувати навички культури поведінки, а також формувати у школярів поняття про те, що турбота людини про своє здоров'я, фізичний розвиток і підготовленість є не тільки його особистою справою, але і сприяє вивченню школярами теоретичних знань із фізичної культури, фізіології та гігієни. В них зберігаються основні положення при руховому режимі, а також при особливостях занять фізичними вправами, їх значення в формуванні життєво важливих рухових навичок у школярів і підготовки їх до праці і захисту Батьківщини, про правила загартовування і необхідність дотримання гігієнічних вимог, про корисні і шкідливі для здоров'я звички [14;21;29].

Принцип всебічного і гармонійного розвитку організму передбачає забезпечення планомірного й цілеспрямованого розвитку всіх його органів та систем і фізичних якостей людини.

Правильне фізичне виховання великою мірою сприяє повноцінному психічному розвитку дитини та вдосконаленню її рухових функцій.

Організм всебічно розвивається, якщо систематично зазнає дії різноманітних фізичних навантажень, зокрема фізичних вправ. Відомо, що в організмі є понад 630 м'язів і 230 суглобів. Їхнє нормальне функціонування передбачає інтенсивне і систематичне завантаження кожного з них. Однак у виконанні певної вправи бере участь лише обмежена кількість м'язів і суглобів. Тому для оптимального фізичного розвитку необхідно використовувати комплекс різноманітних вправ, які б забезпечували функціонування всіх м'язів і суглобів.

Чим більше м'язів бере участь у виконанні конкретної фізичної вправи, тим істотніші фізіологічні (в органах) і біохімічні (в клітинах) зрушення відбуваються в організмі, тим ефективніший їхній вплив на всебічний фізичний розвиток дитини [14;29;32].

Принцип оздоровчої спрямованості фізичної культури полягає в організації фізичного виховання, і зокрема занять фізичними вправами, таким чином, щоб вони сприяли профілактиці захворювань учнів, зміцненню їхнього здоров'я. В ході фізичного виховання слід забезпечувати таке поєднання роз'яснювальної, виховної роботи і різних форм практичних занять фізичними вправами, при якому фізична культура стає усвідомленим обов'язковим компонентом режиму для школяра. Згідно з „Положенням про фізичне виховання учнів загальноосвітньої школи”, система занять школярів фізкультурою і спортом включає такі пов'язані між собою форми:

- уроки фізичної культури;
- фізкультурно–оздоровчі заходи протягом шкільного дня (гімнастика перед уроками, фізкультурні хвилинки під час уроків, ігри й фізичні вправи на перервах і в режимі продовженого дня);
- позакласна спортивно-масова робота (заняття в гуртках фізичної культури і спортивних секціях, спортивні змагання);
- позашкільна спортивно-масова робота та фізкультурно-оздоровчі заходи за місцем проживання учнів (заняття в дитячо-юнацьких спортивних школах, туристичних гуртках і т.д.);
- самостійні заняття учнів фізичними вправами вдома, на пришкольних і дворових майданчиках, стадіонах та інше [32; 33; 37].

Систематичні заняття фізкультурою позитивно впливають на розвиток учнів в школі та сім'ї, спонукають їх дотримуватися правильного режиму і вимог гігієни.

Уроки фізичної культури є основною формою фізичного виховання учнів. Вони обов'язкові для всіх школярів (за винятком тих, хто за станом здоров'я віднесений до спеціальної медичної групи). Уроки повинні активно

сприяти успішному здійсненню позакласної і позашкільної роботи з фізичного виховання, формуванню в учнів інтересу і звички до занять фізичними вправами в повсякденному житті. Необхідно підвищувати вплив уроків фізкультури на вдосконалення інших форм фізичного виховання. Відомо, що навіть при якісному проведенні уроків їх безпосередній вплив на фізичний розвиток учнів недостатній. Науковими дослідженнями встановлено, що урок фізкультури забезпечує в середньому лише 11% гігієнічної норми рухової активності школяра. У зв'язку з цим, необхідно збагачувати і правильно поєднувати різні форми фізичного виховання учнів і фізкультурно-оздоровчої роботи [14; 44; 46].

Особливо велику увагу слід приділяти в школі оздоровчій роботі з ослабленими та хворими учнями. У позаурочний час з ними треба проводити спеціальні заняття з лікувальної фізкультури.

Спрямованість навчальної і позакласної роботи з фізичної культури на масове залучення учнів до систематичних занять фізичною культурою і спортом великою мірою сприяє зміцненню здоров'я вихованців школи, підвищенню рівня їхньої фізичної і розумової працездатності.

Гімнастика перед заняттями проводиться в школі за 20 хв. до початку уроків. Вона сприяє розв'язанню певних виховних і організаційних завдань. На відміну від ранкової зарядки, для гімнастики перед заняттями існують деякі обмеження (виконується в шкільній формі). Проте все це не знижує її властивості для розвитку фізичної культури школярів. Адже не секрет, що для більшості учнів загальноосвітніх шкіл ранкова гімнастика вдома не стала обов'язковою.

Лише за умови масового залучення дітей до повсякденного виконання ранкової зарядки відпаде необхідність у гімнастиці перед заняттями.

Фізкультхвилинки під час уроків сприяють підвищенню розумової й фізичної працездатності учнів. Видатний російський вчений-педагог К.Д. Ушинський зазначив: „Дайте дитині трохи порухатися, і вона знову подарує вам 10 хвилин уваги, а десять хвилин жвавої уваги, якщо ви зуміли

їх використати, дадуть вам більше, ніж цілий тиждень напівсонних занять” [48; 51].

У зв'язку з цим вчені рекомендують відводити на кожному уроці, особливо третьому і наступних, 1-2 хв. для проведення фізкультхвилинки. Перед її початком провітрюється класна кімната. Потім під керівництвом учителя учні виконують ряд фізичних вправ. Особлива увага приділяється тим вправам, які допомагають запобігти негативному впливу сидячого способу життя на фізичний розвиток дитини (порушенню постави і деформації будови тіла), сприяють більшому насиченню організму киснем [48; 51].

Організоване проведення ігор, змагань та фізичних вправ на великих перервах є важливим фізкультурно-оздоровчим засобом у режимі шкільного дня. Відомо, що ефективність відпочинку учнів і підготовки їх до навчання залежить від того, як вони проводять перерви.

Під час великих перерв рекомендується добирати фізичні вправи у відповідності з віковими можливостями школярів.

Перерви мають проводитися на свіжому повітрі і взимку. При цьому дітям слід постійно рухатись, а вправи виконувати більш інтенсивно. Бажано, щоб усі фізкультурно-оздоровчі засоби на великих перервах здійснювалися в ігровій, а якщо рівень підготовленості учнів приблизно однаковий, то і в змагальній формі. На перервах потрібно організовувати тільки вже засвоєні учнями ігри чи рухові дії.

Щоденне проведення в школі гімнастики перед заняттями, фізкультхвилинок і рухливих перерв сприяє підвищенню не тільки фізичної, а й розумової працездатності учнів [14;48].

У позаурочний час у школі проводяться масові фізкультурно-оздоровчі і спортивні заходи. Ними передбачається:

а) більш глибоке засвоєння учнями програмного матеріалу, що вивчається на уроках фізкультури;

б) виконання невстигаючими учнями нормативних вимог програми з фізкультури та з державних тестів;

г) організація систематичних занять з різних видів спорту за інтересами учнів;

д) проведення масових спортивних змагань з різних видів спорту, туризму.

Головна мета позакласної фізкультурно-спортивної роботи полягає в тому, щоб залучити кожного школяра до самостійного, щоденного виконання фізичних вправ на свіжому повітрі. У сучасних умовах учитель фізкультури навчає в середньому 200-300 учнів. Організовувати щоденну фізкультурно-масову роботу слід усіма педагогічними засобами, одним з яких є привчати учнів до самостійних занять фізичними вправами за місцем проживання.

Усі форми фізкультурно-оздоровчих і спортивних занять, які проводяться в процесі навчальної і позакласної роботи, повинні відповідати головній вимозі – всемірно сприяти залученню кожного учня до щоденних самостійних занять фізкультурою і спортом.

Здоров'я людини також великою мірою залежить від обсягу її знань і практичних умінь у використанні оздоровчих сил природи (в тому числі й холоду) для зміцнення здоров'я й профілактики захворювань. Свідоме застосування загартовуючих процедур потребує від дитини певного рівня фізичної культури. Вона формується в учнів протягом усіх років навчання в школі шляхом роз'яснювання, переконання, організації практичної діяльності на уроках та в позакласній роботі.

Вчителі і батьки повинні постійно підкреслювати велику роль загартовування у запобіганні хворобам, зміцнення здоров'я дітей, спонукаючи їх до систематичного використання загартувальних процедур.

Дані досліджень учених та нагромаджений практичний досвід свідчать про те, що ефективність таких загартовуючих процедур, як обтирання, обливання водою, приймання душу, водні ванни в поєднанні з сонячними та повітряними ваннами дуже висока [32;51].

Серед засобів фізкультурно-оздоровчої роботи дуже важливе значення мають гігієнічні умови. Сюди відносяться твердий режим дня, під яким розуміється строго складений розпорядок повсякденного життя, раціонального розподілення часу праці і відпочинку, сну і харчування.

Точне виконання режиму дня виховує в людини такі цінні якості, як дисциплінованість, акуратність і організованість.

У режим дня школяра повинні входити: ранкова гімнастика з водною процедурою. В режимі дня також передбачається строгий порядок і час для харчування, відпочинку і підготовки до сну.

Таким чином, із вищесказаного витікає, що формування у школярів здорового способу життя включає:

- виховання в учнів інтересу до занять фізичними вправами;
- озброєння їх знаннями з фізичної культури, фізіології та гігієни людини і вироблення на їхній основі переконань в необхідності систематично займатись фізкультурою;
- практичне навчання учнів кожен день самотійно займатись фізичними вправами в режимі шкільного й позашкільного часу [14; 32; 48; 51;53].

1.5. Сучасні підходи до визначення змісту і структури здорового способу життя

Науковими дослідженнями [7; 15; 16; 18] встановлено, що стан здоров'я, у великій мірі, залежить від способу життя людини. В зв'язку з цим, у психолого-педагогічній та спеціальній літературі ведеться досить активна дискусія про визначення й обґрунтування такого способу життя, який би дав можливість максимально підвищити рівень здоров'я у дітей, молоді та дорослих [33; 38, 52]. Це призвело до виникнення терміну “здоровий спосіб життя”.

Аналіз наукової і методичної літератури свідчить, що витоки уявлень про шляхи і засоби збереження та зміцнення здоров'я виникли в глибокій давнині. Вже в Стародавній Індії, за шість століть до н.е., у Ведах сформульовано основні принципи дотримання здорового способу життя, подано розумні поради щодо збереження здоров'я людини [19].

Уявлення людей про здоровий спосіб життя зустрічаються в натурфілософських побудовах лікарів Косської школи, яку прийнято ототожнювати з іменем Гіппократа. В його роботах здоровий спосіб життя розглядається як певна гармонія, до якої слід прагнути шляхом дотримання цілої низки профілактичних заходів. Гіппократ пише: “Отже, відповідно до віку, пори року, звички, країни, місцевості, будови тіла слід влаштовувати і спосіб життя так, щоб ми могли протистояти і спекам, і холодам, бо тільки таким чином досягається найкраще здоров'я [57].

Через всю наукову творчість Гіппократа проходить прагнення не нав'язувати організмові необхідних, з точки зору лікаря, дій, а допомогти йому перебороти хворобу суворо індивідуальними оздоровчими діями.

Висвітлення проблеми здорового способу життя дістає подальший розвиток у Давньому Римі в працях римських філософів Цицерона і Галена [57].

Цицерон, наприклад, вважає, що “їжа та догляд за тілом повинні бути спрямовані на збереження здоров'я і сил, а не насолоду. І якщо ми, крім того, захочемо розглянути, в чому полягає перевага та гідність людської природи, то ми зрозуміємо, як ганебно впасти в розпусту та жити розкішно й зманіжено і як прекрасно в моральному розумінні жити ощадно, стримано, суворо і тверезо” [57].

Послідовник Гіппократа римський лікар Гален, керуючись натурфілософськими поняттями, прагне охопити гігієнічними заходами майже всі сторони людського буття. У своїх трактатах він також робить важливі практичні висновки з медико-гігієнічних поглядів Гіппократа про здоровий спосіб життя.

Гален виділив проміжний стан між здоров'ям і хворобою – “третій стан” організму, який став об'єктом пильної уваги лише в наш час. На його думку, здоров'я – це стан, за якого тіло людини по натурі й сполученню частинок таке, що всі дії, які відбуваються, здійснюються суворо та повністю. У здоров'ї він бачить стан, протилежний хворобі. Третій стан визначає як “ані здоров'я, ані хвороба”. Галену також належить ряд важливих вказівок про використання фізичної праці в лікувально-профілактичних цілях. Його праці містять прогресивні для того часу рекомендації щодо застосування гімнастики, дієти й масажу в лікуванні та профілактиці захворювань [58].

Мислителі античного періоду намагаються виділити в понятті “здоровий спосіб життя” людини специфічні його елементи. Так, наприклад, Гіппократ акцентує увагу на фізичному здоров'ї людини. Демокрит, зі свого боку, найповніше описує духовне здоров'я людини, що становить, на його думку, “благий стан духу”, коли душа перебуває у спокої та рівновазі, не непокоїться через будь-які страхи, забобони та інші переживання [58].

Першим намагається розкрити способи досягнення гармонії між різними видами стану людського організму і вказує на обов'язкову наявність міри в різних видах діяльності людини. Він пояснює: “Той, хто прагне благого стану духу, не повинен понад міру займатися приватними чи громадськими справами, а в своїй діяльності не брати на себе нічого понад свої сили та природні здібності. Навпаки, слід виявляти велику обережність, і навіть якщо доля пошле йому щастя, що спроможне, вочевидь, дати більше можливого, він повинен ухилитися і не братися за те, що понад його сили” [15].

Велика увага здоров'ю і шляхам його зміцнення надавалася в античній цивілізації. В цей час здоровий спосіб життя обов'язково включав систематичне виконання фізичних вправ. У цей період закладаються принципи управління процесом формування здорового способу життя людей, що набули подальшого розвитку в пізніші часи. Так, Піфагор створює відому Піфагорську спілку, спосіб життя членів якої ґрунтується на необхідності

дотримання особливих вимог – “акусмата”. Основні положення їх зводяться до такого: “Підкорення індивіда цілому, повага до традиційних звичаїв, шанування богів, батьків, наставників та старших, уміння підкорятися, самовладдя, відповідальне ставлення до своїх обов’язків, вірність у стосунках із друзями, що межує із самопожертвою, фізична витривалість, відраза до чуттєвих насолод, простота в одязі, помірність в їжі, а також прагнення до одухотворення життя і до гармонійного розвитку фізичних та духовних сил” [57].

Специфіка становлення механізму саморегуляції явища “здоровий спосіб життя” людини в даний період полягає в тому, що вона йде від моралі до державного управління і від нього повертається до повсякденних норм і побуту людей.

В античному світі формуються перші концепції здорового способу життя. Одна з них – це “пізнай самого себе”, друга – “підключися до самого себе”.

Отже, в античному періоді простежується наявність усіх цікавих для нас аспектів досліджуваної проблеми. Вперше у науковий обіг тут запроваджується поняття “здоровий спосіб життя” людини, дається підтвердження існування всіх трьох компонентів структури явища “здоровий спосіб життя”. Досить різноманітною є географія виявлених джерел про мету, способи, критерії та провідні тенденції ведення розумної життєдіяльності людей [57].

Специфіка даного періоду полягає в тому, що на перший план виходить фізичний компонент здорового способу життя, духовний і соціальний – лише починають прокладати собі дорогу до життя. Уявлення про них поки що хибують на надмірну наївність і пряmolінійність, а також мають переважно міфологічний характер, що пояснюється недосконалістю суспільної й наукової свідомості.

У середні віки на передній план виходить духовний компонент структури здорового способу життя. В розвитку духовного світу людини в

цей період найсильнішою виявляється теологічна лінія. Церква прагне монополізувати формування світогляду людей. Фактично загальна релігійність стає могутнім спонукальним механізмом до виконання всіх релігійних ритуалів, в тому числі оздоровчих і гігієнічних правил. Біблія, як основа християнства, виступає своєрідним проповідником здорового способу життя людини. В ній відображено спосіб життя давніх народів, обов'язковість дотримання ними постів, що становлять перевірені життєвою практикою рекомендації підтримання в нормі людського організму.

У ранньому середньовіччі трансформація уявлень про здоровий спосіб життя здійснюється в наукових школах мусульманського Сходу, який після занепаду культури античного світу стає місцем розвитку великих наукових центрів. Нагромадження античності відбувається тут у спеціальних школах-академіях, де праці Гіппократа, Галена та інших мислителів перекладаються з грецької та латинської на арабську мову. Через це основні уявлення про здоров'я, здоровий спосіб життя тут тотожні розглянутим вище і зводяться до такого: “Здоров'я – це є стан, у якому тіло людини є природним і за поєднанням частинок є таким, що всі дії, які спричиняються ним, здійснюються свідомо й повністю [57].

На думку інших дослідників, здоровий спосіб життя – це спосіб організації виробничої, побутової і культурної сторін життєдіяльності, який склався у людини, що дозволяє в певній мірі реалізувати свій творчий потенціал [3, 33, 38].

В.П. Горащук здоровий спосіб життя розглядає як діяльність, спрямовану на формування, збереження, зміцнення і відновлення здоров'я людей як умови і передумови здійснення, розвитку інших сторін і аспектів способу життя [24].

В поглядах науковців можна виділити два основні підходи до змісту здорового способу життя. Представники першого підходу розглядають цей термін глобально, тобто як форми людської життєдіяльності (соціальні,

фізичні, психічні), які приведені у відповідність з гігієнічними вимогами [3, 9; 13; 51].

Ці вчені визначають здоровий спосіб життя як спосіб біосоціальної діяльності людини, який безпосередньо зміцнює її здоров'я. Вони виходять з методологічної установки, що здоровий спосіб життя не можна відривати від його умов. Умови вони розуміють як властивості самого суб'єкта, які по відношенню до здорового способу життя виступають як зовнішні потенціали життєдіяльності, що можуть бути реалізовані в ній. Під змістом здорового способу життя дослідники розуміють як саму життєдіяльність, так і умови її функціонування.

Згідно з другим підходом, здоровий спосіб життя автори розглядають як відносно окрему частину життя людини, на яку відводиться певний час [15; 36; 29].

Прихильники цього підходу висловлюють протилежну думку щодо включення до структури здорового способу життя його умов, вважаючи, що він є конкретною діяльністю.

Спільною рисою у визначенні здорового способу життя є його спрямованість на формування здорової людини. Він виступає як дієвий і надійний засіб збереження та зміцнення здоров'я, є основою первинної профілактики захворювань, однією з найбільш ефективних форм їх запобігання [14; 41; 49].

Потрібно зазначити, що відсутність загальноприйнятого визначення змісту і структури здорового способу життя, як це не парадоксально, обумовлене відсутністю добре розробленої теорії здоров'я. Тобто, для розуміння змісту і структури здорового способу життя необхідно визначитися з поняттям "здоров'я".

Немає у людини цінності більшої за здоров'я. Здоров'я людей належить до числа глобальних проблем, що мають життєво важливе значення для всього людства. Саме тут загострення сьогоденних та майбутніх протиріч може призвести в перспективі до катастрофічних наслідків [23].

Здоров'я – це не відсутність хвороби, а фізична, соціальна, психологічна гармонія людини, доброзичливе, спокійне відношення з людьми, з природою, з самим собою. Наука, і в першу чергу філософія, розробляє методологію та світоглядні аспекти глобальних проблем, та головне – вона вирішує задачі їх правильної постановки [55]. Автори по-різному формулюють глобальну проблему здоров'я людей; від часткової задачі ліквідації небезпечних інфекційних захворювань до алормістських (від фр. *alarme* – тривога, хвилювання) постановок, зв'язаних з “виживанням” людства на планеті. Академік П.Л. Капіца включає інтереси людства в рішення будь-якої глобальної проблеми: “Зараз визначаються три основних аспекти глобальних проблем:

- 1) техніко-економічний, пов'язаний з виснаженням природних ресурсів земної кулі;
- 2) екологічний, пов'язаний з екологічною протиположною людиною та живої природи при глобальному забрудненні навколишнього середовища;
- 3) соціально-політичний, оскільки ці проблеми пов'язані з необхідністю їх вирішення у масштабі всього людства”.

На думку П.Л. Капіци, однією з найбільш важливих глобальних проблем, які визначають долю людства, є проблема “якості” народонаселення, під якою він розуміє “комплекс медико-генетичних та соціально-психологічних характеристик життя людей, їх фізичне здоров'я, рівень розвитку інтелектуальних здібностей, психофізіологічний комфорт життя, механізм відтворення інтелектуального потенціалу суспільства і т.д. В той же час загально визнаного наукового підходу до рішення цієї проблеми ще немає” [31].

Проблема здоров'я людини – одна з найбільш складних комплексних соціально-філософських проблем сучасної науки. Дослідженню різноманітних сторін здоров'я індивідуума, різних соціальних та статеві-вікових груп, а також всього населення присвячено велику кількість праць. В одних працях обговорюється саме поняття “здоров'я”, в інших

досліджуються клінічні аспекти здоров'я (вірніше патології), а ще інші присвячені дослідженню факторів, що визначають здоров'я. Самостійну групу представляють праці, що розглядають шляхи та засоби охорони здоров'я населення. Частину досліджень складають теоретичні, фундаментальні розробки, які вирішують філософсько-методологічні питання здоров'я, інші ж носять більш прикладний характер і широко використовуються в практиці.

Все частіше ті чи інші види досліджень здоров'я об'єднуються в комплексні, міждисциплінні, що багато в чому підвищує їх ефективність в теоретичному та практичному плані. При цьому в проблемах дослідження здоров'я разом з вченими-медиками беруть участь представники суспільних наук. Разом з тим, для більшості робіт, що присвячені здоров'ю, притаманна одна особливість. При розгляді того чи іншого аспекту здоров'я індивідуума чи населення, воно характеризується за допомогою показників, які відображають не стільки здоров'я, скільки його патологію. Тобто аналізується у більшості випадків негативна сторона діалектичної єдності “хвороба – здоров'я”. В той же час прямі характеристики здоров'я використовуються недостатньо, що призводить до однобічного тлумачення людського здоров'я та його чинників. Недаремно існує думка, що медицина, вихідною точкою якої є хвороба, буде тільки допомагати “латати прогріхи” в здоровій людини, але ніколи не навчиться керувати життєдіяльністю організму [32].

Для вирішення всіх наукових і практичних питань здоров'я, важливе значення має сучасне визначення самого поняття здоров'я. В літературі можна зустріти дуже багато визначень здоров'я. За даними Е.Г. Булич, Г.В. Муравова [16], у науковій літературі існує 99 визначень поняття здоров'я.

Для філософського розгляду здоров'я, на думку І.І. Брехмана, важливо розуміти, що воно відображає необхідність сутності явищ, а хвороба – випадковість, яка не має загального характеру. Здоров'я слід розглядати не в статичності, а в динаміці змін навколишнього середовища і в онтогенезі. В цьому

відношенні заслуговує уваги твердження, що здоров'я визначається процесами адаптації. Це не результат інстинкту, а чергова реакція на соціально створену реальність. Адаптація створює можливість пристосуватись до змінного навколишнього середовища, до росту та старіння, до лікування при порушеннях, стражданнях та мирному чеканню смерті [15].

А.Я. Іванюшкін розглядає “здоров'я” з точки зору наукового його змісту та цінностей смислу. Він пропонує три рівні цінностей:

- 1) біологічний – початкове здоров'я припускає досконалість саморегуляції організму, гармонію фізіологічних процесів і як наслідок максимум пристосування;
- 2) соціальний – здоров'я є міркою соціальної активності, відношенням діяльності людини до світу;
- 3) психологічний, особистісний – здоров'я є не відсутністю хвороби, а скоріш запереченням її, тобто переборенням.

І.І. Брехман дає визначення, виходячи з концепції “людина в потоці інформації”, “здоров'я людини – її здатність зберігати відповідно віку стійкість в умовах різких змін кількісних та якісних параметрів триєдиного потоку сенсорної, вербальної та структурної інформації” [15].

Розглядаючи питання про здоров'я, багато авторів вживають термін “здорова людина”. Цей термін, так як і термін здоров'я, носить відносний, абстрактний характер. Воно є конкретним тільки тоді, коли прив'язане до конкретного індивідуума.

Г. Сигерист дає наступне визначення здорової людини: “здоровою може вважатись людина, яка характеризується гармонійним фізичним та розумовим розвитком і добре адаптована до навколишнього фізичного та соціального середовища. Вона повністю реалізує свої фізичні й розумові здібності, може пристосуватись до змін у навколишньому середовищі, якщо вони не виходять за рамки норм і вносять посильний вклад у благополуччя суспільства, що відповідає його здібностям” [54].

Є.М. Кудрявцева виділяє декілька типів здорових людей, маючи на увазі те, що їх всіх об'єднує, – повноцінне та ефективне виконання соціальних функцій:

1. У повній мірі здорова людина повноцінно та ефективно виконує соціальні функції.

2. У даний момент здорова, але на протязі року перенесла респіраторне захворювання без ускладнень. Це захворювання не відобразилося на можливостях індивідуума повноцінно виконувати соціальні функції.

3. Здорова, але має вогнища хронічної інфекції (карієс зубів, вогнища інфекції в мигдалинах та інше), які викликають зниження функцій і не заважають повноцінному виконанню соціальних обов'язків.

4. Вважає себе здоровою, і за об'єктивними даними у лікаря теж здорова, хоча час від часу має ті чи інші скарги, які свідчать про можливу наявність нерозпізаного преморбідного стану, але всі свої соціальні функції виконує досить повно.

5. Здорова, але інколи відчуває недомагання, які пов'язані, наприклад, з процесом акліматизації, з перебуванням у стресовій ситуації.

6. Умовно можна віднести до здорових індивідуумів і тих, хто на думку лікарів і за особистою оцінкою здоровий, повноцінно та ефективно виконує свої соціальні функції, але одночасно має порушення в способі життя (курить, дуже часто вживає алкоголь, не виконує необхідних гігієнічних вимог до режиму дня, харчування, відпочинку і т.д.). Хоча такий тип індивідуума у даний момент є здоровим, потенційно він не здоровий, оскільки перераховані порушення є фактами ризику, що можуть призвести до того чи іншого захворювання [34].

М.М. Амосов запропонував поняття “кількість здоров'я” і технологію визначення суми “резервних потужностей основних функціональних систем організму” [3]. Слід відмітити, визначення рівня здоров'я за резервом функціональних систем не підходить до людей, які займаються спортом. Дослідження свідчать, що з підвищенням рівня підготовленості спортсмена, а

з ним і суми “резервних потужностей” збільшується кількість захворювань за рахунок пригноблення оптимального функціонування імунної системи.

Аналізуючи здоров'я індивідуума і його мінливості під дією середовища існування (природного і соціального), важливо виділити найбільш інформативні критерії, які змогли б у сукупності відобразити процес адаптації, тобто, щоб можна було в певних умовних межах встановити зміни здоров'я і характеризувати його як поліпшення або погіршення [2;3].

С.М. Громбах (1965) запропонував для оцінки здоров'я дітей і підлітків використовувати щонайменше 4 критерії:

- 1) наявність (або відсутність) у момент обстеження хронічних захворювань;
- 2) рівень функціонування основних систем організму;
- 3) ступінь опірності організму до несприятливих впливів;
- 4) рівень досягнутого фізичного розвитку і ступінь його гармонійності.

Ці критерії, на думку А.Г. Сухарева, (1991) потрібно конкретизувати: вони повинні відображати динамічність процесу і давати можливість кількісно оцінювати рівень здоров'я індивідуума. Такими критеріями є досягнутий на момент обстеження рівень фізичної працездатності і морфофункціонального розвитку, детермінований біологічними факторами та реально існуючими соціальними умовами. Крім того, критеріями оцінки здоров'я повинні служити не тільки наявність або відсутність хронічних захворювань, але й фізичних дефектів, що обмежують соціальну дієздатність дітей та підлітків. Для оцінки здоров'я дітей і підлітків пропонується використовувати чотири критерії:

- 1) відповідність процесу росту й розвитку індивідуума біологічним законам і соціальним потребам суспільства;
- 2) досягнутий рівень фізичної працездатності, що відображає функціональні можливості організму;

- 3) наявність хронічних захворювань і фізичних вад (дефектів);
- 4) ступінь резистентності організму.

Визначення співвідношення процесів росту й розвитку віковим закономірностям і тим самим соціальним вимогам, які ставляться до дітей і підлітків, є досить складним і відповідальним процесом.

Важливим показником, що відображає соціальне благополуччя дітей, є рівень фізичного і нервово-психічного розвитку. Без включення цих показників оцінка стану здоров'я буде неповною.

Оцінка досягнутого рівня фізичного розвитку і ступеня його гармонійності проводиться шляхом співставлення отриманих даних з регіональними стандартами.

Визначення фізичної працездатності дозволяє кількісно оцінити рівень здоров'я людини, ступінь розвитку функціональних можливостей різних систем організму і, в першу чергу, енергетичної (яка забезпечує транспортування кисню до тканин). Її функціональні можливості можуть бути виявлені під час максимальної роботи.

У відповідності із запропонованою НДІ гігієни дітей і підлітків схемою, діти, в залежності від сукупності показників здоров'я, поділяються на 5 груп. Перша група – це особи, у яких відсутні хронічні захворювання, не хворіли, або рідко хворіли в період спостереження і мають нормальний, що відповідає вікові, фізичний та нервово-психічний розвиток (здоров'я без відхилень). Другу групу складають діти та підлітки, які не страждають хронічними хворобами, але мають деякі функціональні й морфологічні відхилення, а також часто (не менше 4-х разів на рік) або тривалий час (більше 25 днів по одному захворюванню) хворіли (здоров'я з морфологічними відхиленнями та пониженою опірністю). Третя група об'єднує осіб, що мають хронічні захворювання, або вроджену патологію у стані компенсації, з рідкими й неважкими ускладненнями хронічних захворювань, без вираженого порушення загального стану і самопочуття (хворі в стані компенсації). До четвертої групи відносяться діти й підлітки з

хронічними захворюваннями, вродженими вадами розвитку в стані субкомпенсації, порушеннями загального стану й самопочуття після загострення, із тяжким періодом реконвалесценції після гострих інтеркуррентних захворювань (хворі у стані субкомпенсації). П'яту групу складають хворі з тяжкими хронічними захворюваннями у стані декомпенсації із значним пониженням функціональних можливостей (хворі в стані декомпенсації). Як правило, такі хворі не відвідують дитячих і підліткових закладів загального профілю і не проходять медичного огляду.

Таким чином, у сучасній науково-методичній літературі немає загальноприйнятого визначення здоров'я та критеріїв його оцінки. Досить часто навіть оцінка ефективності засобів фізичної культури проводиться за критеріями захворюваності. Тому значна частина фахівців з фізичного виховання не володіє методами й критеріями оцінки здоров'я і, часто, працюють наосліп, без належного усвідомлення механізмів дії фізичних вправ, що використовуються [21].

Розвиток ідей здорового способу життя вимагає визначення основних його компонентів. Більшість науковців і практиків вважають, що здоровий спосіб життя включає трудову діяльність, оптимальний руховий режим, відмову від шкідливих звичок, особисту гігієну, загартування, раціональне харчування [38 47].

Дещо подібні компоненти здорового способу життя подають американські фахівці Р.С. Паффенбаргер і Е. Ольсен: регулярне трьохразове харчування, щоденний сніданок, регулярна рухова активність середньої інтенсивності, повноцінний сон (7-8 годин), відмова від паління, підтримка оптимальної маси тіла, невживання або обмежене вживання алкоголю. До цих компонентів вони ще додають додаткове вживання вітамінів А, С, Е і бетакаротіна, зниження стресу й залучення до громадської діяльності.

Здоровий спосіб життя також передбачає визначення і виконання оздоровчої технології індивідуальної оздоровчої системи (масаж, дихальні вправи, аутогенне тренування тощо). Є декілька принципів активного життя:

- знати, яку користь дають фізичні вправи. Найбільш ефективна мотивація залучення до активного способу життя;
- не звертати увагу на досить розповсюджену точку зору про закономірності процесу старіння;
- бути досить гнучким і, навіть, обережним на шляху до здорового способу життя. Не відмовлятися від інших видів діяльності, які приносять радість (наприклад, відвідування театру). Якісний аспект життя такий же важливий, як і кількісний;
- використовувати для зниження маси тіла ефективний метод контролю – поєднання раціонального режиму харчування з виконанням фізичних вправ. Корекція маси тіла тільки дієтою низькоефективна, оскільки надлишкова маса швидко відновлюється;
- забезпечення регулярного виконання фізичних вправ [36].

В останній час, враховуючи індивідуальні особливості людей, введено термін “стиль здорового способу життя”, що обумовлений особистісно-мотиваційним втіленням своїх соціальних, психологічних і фізичних здібностей та можливостей [3]. Це поняття об’єднує такі компоненти діяльності:

- усвідомлення цілеспрямованого застосування для відпочинку різноманітних форм фізкультурної активності;
- цілеспрямоване навчання і виховання гігієнічних норм та навичок охорони здоров’я;
- навички використання природних факторів для зміцнення здоров’я і цивілізованого відношення до оточуючого середовища;
- створення і корекція нормальних психологічних умов на виробництві та в побуті;
- боротьба із шкідливими звичками;
- пропаганда і впровадження здорового способу життя серед дітей.

Як показують наукові дослідження, ведення здорового способу життя прямо впливає на збереження, зміцнення і відновлення здоров’я і

опосередковано – на успіх у навчанні, сприяє інтелектуальному й духовному розвитку особистості. Він впливає на фізичний стан організму, сприяє гармонійному розвитку тіла людини та високому рівню функціонування систем організму. Людина, яка веде здоровий спосіб життя, вільніше долає психоемоційні труднощі, стресові ситуації. Здоровий спосіб життя позитивно впливає на духовну сторону здоров'я: на ціннісні орієнтири, оптимізм, моральні й вольові якості.

Враховуючи велику соціальну і особистісну користь ведення здорового способу життя, в сучасних умовах проводиться його широка пропаганда [45].

У Великобританії суспільну думку про користь хорошої форми і здоров'я формує Рада по здоровому вихованню (заснована у 1968 р.). Члени цієї Ради спільно з Радою по спорту розробили й опублікували декілька програм виховання здорового способу життя. Зокрема, широкого розповсюдження набули програми “Слідкуй за собою”, “Проект здорового і фізичного виховання”, “Програма фізичної активності учнів початкових шкіл”.

У журналі американського міжнародного союзу охорони здоров'я “Наше здоров'я” (весна 1996) подається опис програми партнерства та взаємодії цього союзу зі школами, установами, храмами, домами престарілих і суспільством в цілому з метою дотримання здорового способу життя всіма, і в перспективі піднесення “Міста здорового способу життя”. Програма “Місто здорового способу життя” прийнята в Бостоні (штат Массачусетс, США), Джундіаї (Бразилія), Загребі (Хорватія), Печі (Угорщина), Санкт-Петербурзі (Росія), Саут Бенді (Штат Індіана, США), Торонті (Канада) [101].

В багатьох країнах у навчальних планах шкіл передбачено заняття з питань здорового способу життя. Наприклад, у США, Канаді і Японії – курс “Навчання здорового способу життя”, у Фінляндії – “Формування навичок здорового способу”, в Австралії – “Навчання раціонального використання дозвілля”.

Наукові дослідження доводять, що переважна більшість дітей, молоді й

дорослого населення в Україні не дотримуються здорового способу життя, що призводить до різноманітних захворювань [11;17].

Такий стан обумовив прийняття важливих державних документів, спрямованих на зміцнення здоров'я населення і формування здорового способу життя.

Державною національною програмою “Освіта” (1993) визначено, що пріоритетними напрямками реформування освіти є забезпечення в кожному навчально-виховному закладі гуманістичного підходу до дитини, відповідних умов для розвитку фізично та психічно здорової особи, запобігання пияцтву, наркоманії, насильництву, що негативно позначаються на здоров'ї дітей.

Прийняті документи, які регулюють правовий статус дітей та молоді: Закони України “Про державну допомогу сім'ям з дітьми” (1992), “Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні” (1993), “Про освіту” (1991), Національна програма “Діти України” (1996) та ін.

У галузі фізичного виховання введено в дію Закон України “Про фізичну культуру і спорт” (1993), Державну програму розвитку фізичної культури і спорту в Україні (1994), Цільову комплексну програму “Фізичне виховання – здоров'я нації” (1998), які мають завдання зміцнити стан здоров'я населення та виховання соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя.

У школах введено навчальну дисципліну, яка має назву “валеологія”. Валеологія, як наукова дисципліна, вивчає фундаментальні закони формування, збереження і зміцнення здоров'я особистості та популяції, як, зрештою, і природи.

Понад 20 загальноосвітніх шкіл і шкіл-інтернатів України входять до “Європейської мережі шкіл зміцнення здоров'я”, створеної ВООЗ. У вересні 1996 р. команда координаторів-валеологів цієї програми брала участь у Міжнародному семінарі в Польщі (м.Крініца) і репрезентувала Україну. Успішно ведеться робота за міжнародним українсько-канадським проектом “Партнери в охороні здоров'я”. Канадські вчителі провели семінари для

наших українських вчителів у 1995 та 1996 рр., у співпраці з українськими вчителями і вченими склали посібник для вчителя, навчальні посібники для учнів 4-7-х класів. За цими посібниками навчаються учні дев'яти експериментальних шкіл України. В 1997 р. розроблено навчальні посібники з валеології для учнів 1-3-х класів, 8-11-х класів, а також посібники для вчителів, і видані канадською стороною для наших експериментальних шкіл [10].

У літературі опубліковано окремі наукові дослідження з проблем зміцнення здоров'я дітей, дотримання здорового способу життя [18;56]. Водночас, у сучасній медичній, психолого-педагогічній і спеціальній літературі відсутні комплексні наукові дослідження формування здорового способу життя у дітей, які проживають на території радіаційного забруднення.

Висновки до першого розділу

Аналіз літературних джерел показав, що за останні роки проблема збереження здоров'я дітей молодшого шкільного віку, їх оздоровлення та профілактика найбільш розповсюджених „шкільних” хвороб є предметом фундаментальних наукових досліджень. Принцип всебічного і гармонійного розвитку організму передбачає забезпечення планомірного й цілеспрямованого розвитку всіх його органів та систем і фізичних якостей особистості. Правильне фізичне виховання великою мірою сприяє повноцінному психічному розвитку дитини та вдосконаленню її рухових функцій. Уроки повинні активно сприяти успішному здійсненню позакласної і позашкільної роботи з фізичного виховання, формуванню в учнів інтересу і звички до занять фізичними вправами в повсякденному житті. Необхідно підвищувати вплив уроків фізкультури на вдосконалення інших форм фізичного виховання. Відомо, що навіть при якісному проведенні уроків їх безпосередній вплив на фізичний розвиток учнів недостатній.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ

2.1. Методи дослідження

Для вирішення поставлених завдань були використані такі методи дослідження:

- Теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел.
- Педагогічне спостереження.
- Педагогічний експеримент.
- Методи визначення та оцінки рівня здоров'я дітей молодших класів.
- Методи математичної статистики.

2.1.1. Теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел. У список літератури увійшло 60 джерел науково-методичної літератури, серед яких підручники і навчальні посібники, статті з журналів та наукових збірників.

Науково-методична та спеціальна література з проблеми розвитку уваги аналізувалась на початку та впродовж всієї дослідницької роботи, що дозволило сформулювати проблему, визначити її актуальність, та напрямки роботи; теоретично обґрунтувати об'єкт, предмет, мету і завдання роботи; визначити шляхи їхнього вирішення; розробити структуру педагогічного експерименту.

2.1.2. Методи визначення та оцінки рівня здоров'я дітей молодших класів. Рівень здоров'я школярів визначався за методикою Г.Л. Апанасенка [5], для чого вимірювали такі показники у стані спокою: ЖЄЛ (мл), ЧСС (уд/хв), АТ (мм.рт.ст.), маса тіла (кг), довжина тіла (см), динамометрія кисті (кг). Всі перераховані показники оцінювали у балах, а їх суму порівнювали зі шкалою оцінки результатів тестування і у такий спосіб отримували загальну оцінку рівня фізичного здоров'я.

Для оцінки рівня здоров'я за методом Г.Л. Апанасенка, перш за все, вимірюються в стані спокою:

1. життєва ємкість легенів (ЖЕЛ);
2. частота серцевих скорочень (ЧСС);
3. артеріальний тиск (АТ);
4. маса тіла;
5. довжина тіла;
6. динамометрія кисті.

Потім виконується функціональна проба (20 глибоких присідань за 30 сек). Враховується час відновлення ЧСС протягом 3 хв.

На підставі отриманих даних розраховуються наступні індекси:

$$\text{Масовий індекс:} = \frac{\text{Маса тіла, кг}}{\text{ріст, м}^2} = \text{кг / м}^2$$

$$\text{Життєвий індекс:} = \frac{\text{ЖЕЛ, мл}}{\text{Маса тіла, кг}} = \text{, мл / кг}$$

$$\text{Силовий індекс:} = \frac{\text{Сила кисті, кг}}{\text{Маса тіла, кг}} = \%$$

$$\text{Індекс Робінсона:} = \frac{(\text{ЧСС}_{\text{спок, уд/хв}}) * (\text{АТ}_{\text{сист}})}{100} = \% \text{ у.о}$$

Час відновлення ЧСС після 20 присідань за 30 сек..

Функціональна проба з 20 присіданнями за 30 секунд (проба Мартіне) виконується таким чином:

1. Після 3-4 хв. відпочинку в положенні сидячи випробовуваний вимірює ЧСС за 10 сек., помноживши потім отримане число на цифру шість.
2. Виконується 20 присідань за 30 сек., тобто в темпі одне присідання за 1,5 сек.
3. Відразу після виконаного навантаження вимірюється ЧСС за 6 сек. в положенні стоячи. Потім отримане число множать на десять.
4. Випробовуваний по 10-секундних відрізках часу протягом 3-х хв. вимірює частоту пульсу. Фіксується (у хвиликах і секундах) момент, коли пульс став рівний початковому рівню. Помноживши підраховану кількість ударів на цифру шість, обстежуваний отримує кількість серцевих скорочень за одну хвилину (див. приклад вимірювання часу відновлення ЧСС).
5. Отримані результати за всіма перерахованими вище показниками оцінюються в балах і записуються в звітний протокол результатів. Підсумовуючи бали за всіма п'ятьма показниками і зіставляючи їх з шкалою, випробовуваний визначає рівень свого фізичного здоров'я — низький (1), нижче середнього, середній (3), вище середнього, високий (5).

Для визначення рівня фізичної підготовленості молодших школярів ми використовували такі тести: 1) нахили тулуба вперед з положення сидячи; 2) піднімання тулуба у сід; 3) згинання та розгинання рук в упорі лежачи; 4) стрибок у довжину з місця; 5) човниковий біг 4x9; 6) Біг 30 м; 7) біг 600 м.

2.1.3. Методи математичної статистики.

Визначалися такі статистичні характеристики варіаційного ряду: середнє арифметичне, M_x ; стандартне відхилення, S_x ; стандартна помилка, V -коефіцієнт варіації.

Математична обробка матеріалу проводилася по стандартних програмах Statistica for Windows, Statgraphics for Windows, and Excel.

2.2. Організація дослідження

Для визначення розвитку учнів початкових класів проводився констатувальний експеримент. В експерименті взяло участь 57 учнів 10-11 років Комунального закладу "Маріупольська загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів №67 серед яких – 25 хлопців та 32 дівчини.

Дослідження проводилося у три етапи:

Перший етап (вересень – грудень 2019 р.) був присвячений теоретичному дослідженню проблеми, вивченню і узагальненню наукової літератури.

Другий етап (січень – березень 2020 р.) передбачав проведення констатувального педагогічного експерименту для визначення рівня здоров'я учнів початкових класів

Третій етап (березень – квітень 2020 р.) включав обробку та аналіз отриманих результатів, узагальнення результатів дослідження, формулювання висновків та оформлення роботи.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ СУЧАСНОГО РІВНЯ ЗДОРОВ'Я УЧНІВ ПОЧАТКОВИХ КЛАСІВ

3.1. Сучасний рівень здоров'я учнів початкових класів

Аналіз показників здоров'я дітей дав можливість говорити про те, що рівень показників індексу Робінсона, який характеризує якість регуляції серцево-судинної системи (рис. 3.1) у більшості (54,2% хлопців та 30,5% дівчат) обстежених знаходиться на низькому рівні. Також у значній кількості дітей виявлений нижче середнього та середній рівень розвитку даного показника. Відповідно, 17,1% та 14,3% у хлопців і по 19,4% у дівчат.

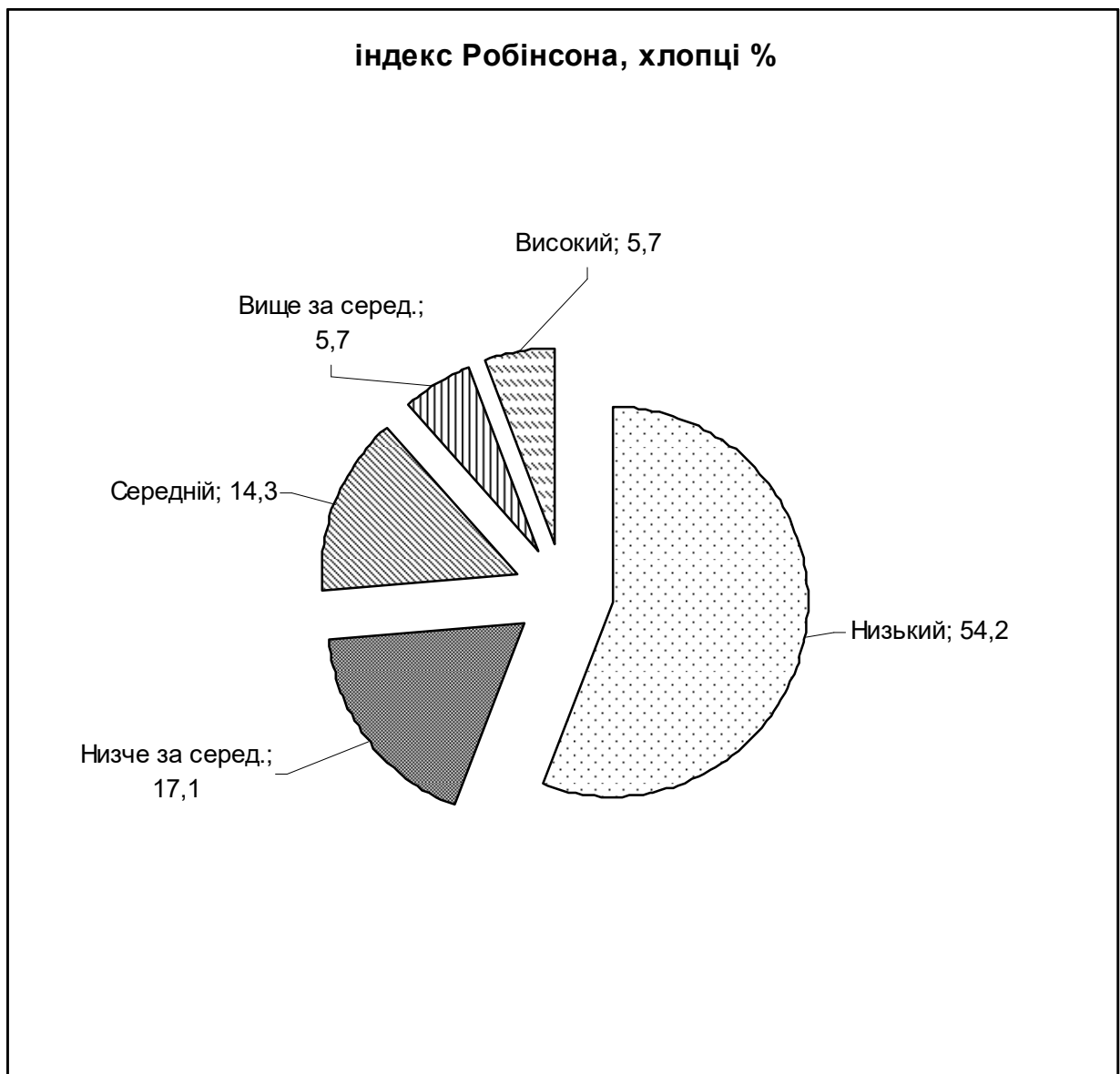


Рис. 3.1. (а) Показники рівня індексу Робінсона (дані хлопців).

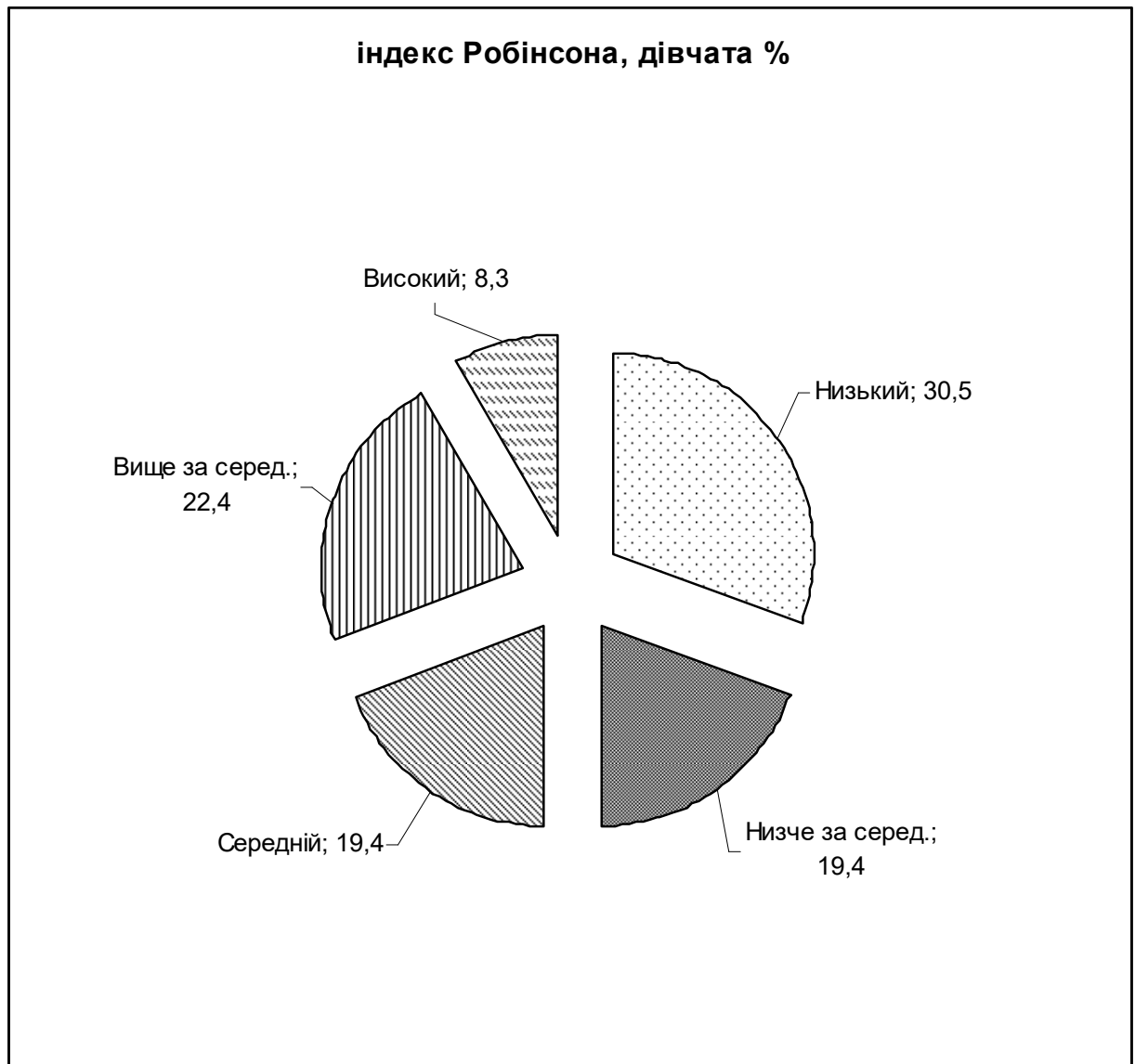


Рис. 3.1.(б) Показники рівня індексу Робінсона (дані дівчат).

Дещо інша ситуація спостерігається при аналізі життєвого індексу молодших школярів (рис 3.2). У переважної більшості, як хлопчиків так і дівчат, виявлений середній рівень даного показника. 46,5% у хлопців та 50,0% у дівчат відповідно. З високим рівне життєвої ємкості легень у хлопців становить 2%, у дівчат даний показник трохи вище і складає 4,2% від загальної кількості школярів.

Проте у значної кількості (27,4%) хлопчиків виявлений рівень життєвого індексу нижчий за середній, у дівчат цей показник дорівнює 18,3% відповідно. На відміну від хлопців у 25,0% дівчат виявлений вищий за середній рівень даного індексу.

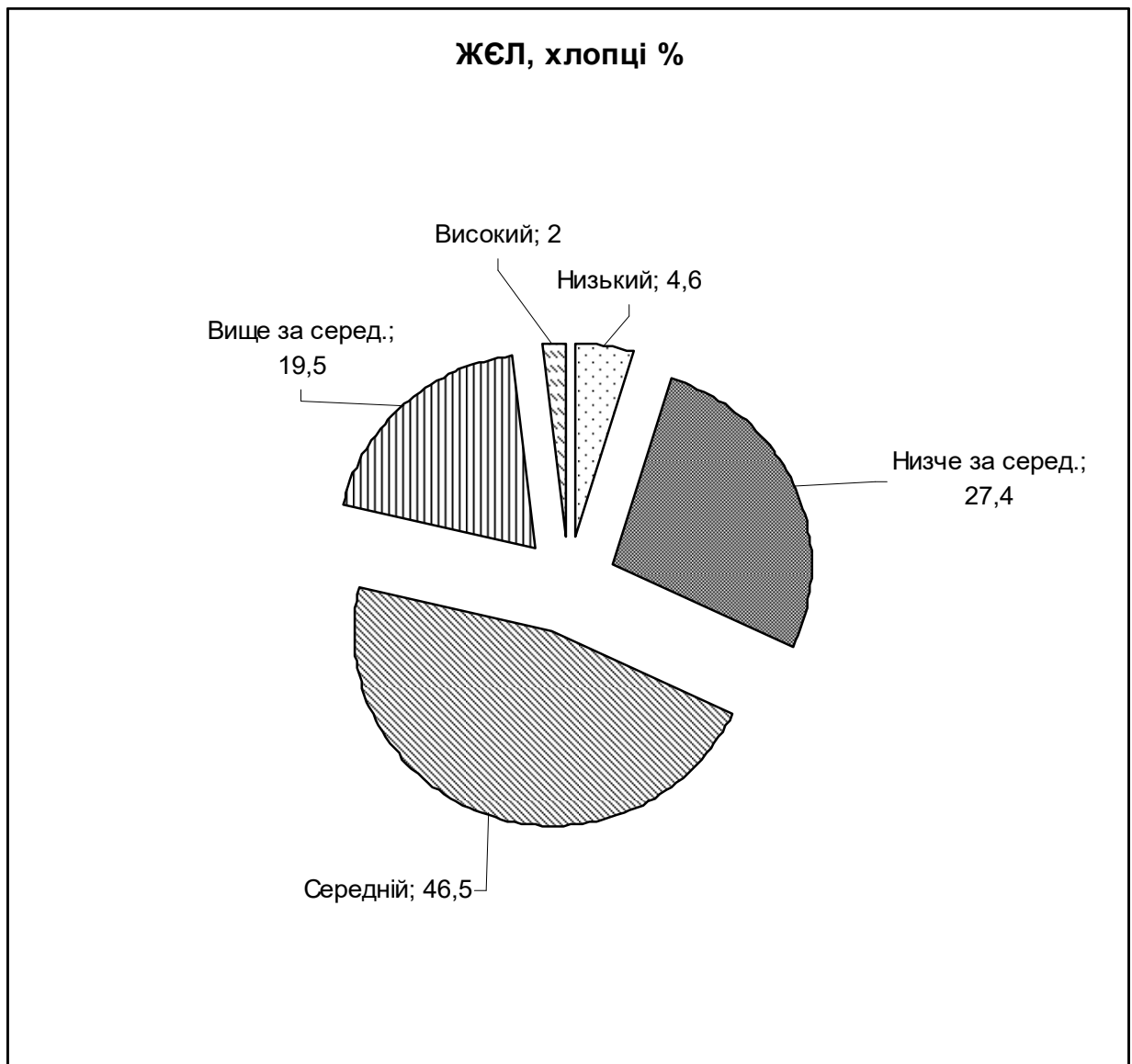


Рис. 3.2(а). Показники рівня життєвого індексу (дані хлопців)

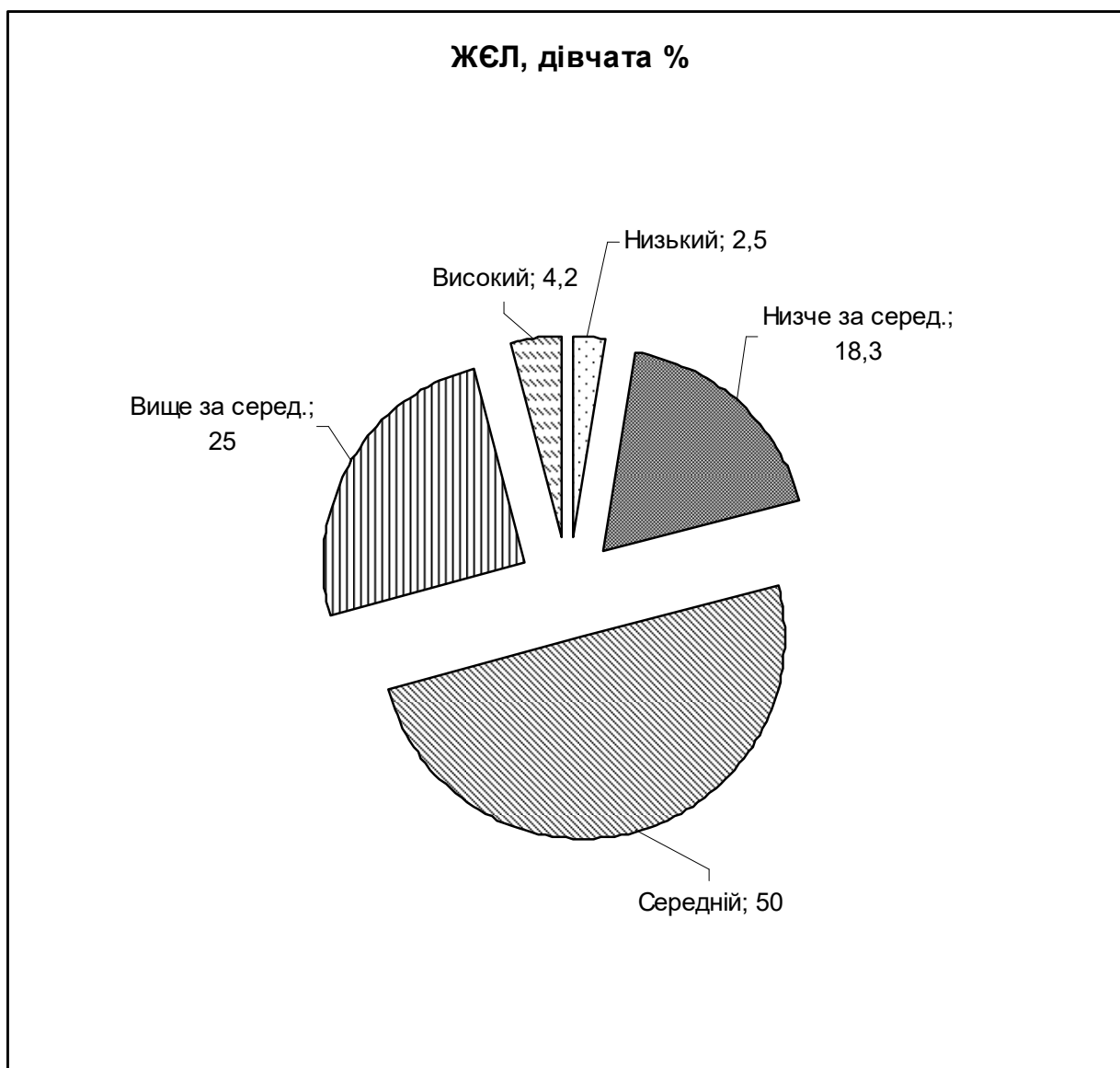


Рис. 3.2(б). Показники рівня життєвого індексу (дані дівчат).

При аналізі результатів силового індексу, ми виявили, що у жодного з досліджуваних учнів немає високого рівня даного індексу. У найбільшій кількості як хлопців, так і дівчат виявлений низький показник силового індексу (71,4% та 74,4% відповідно). До того ж, у 21,4% хлопців та 23,2% дівчат визначений рівень силового індексу нижчий за середній.

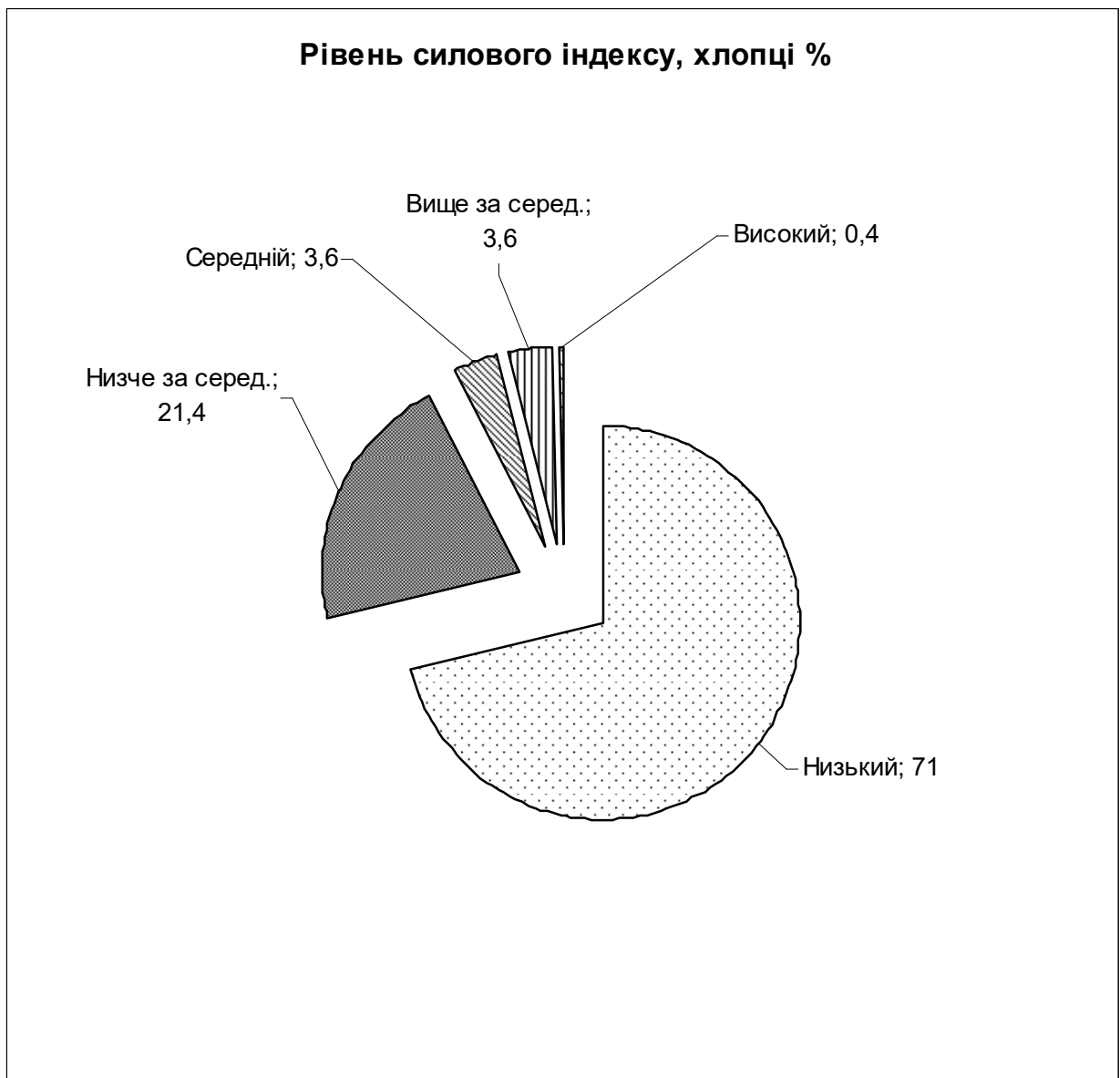


Рис. 3.3 (а). Показники рівня силового індексу (дані хлопців).

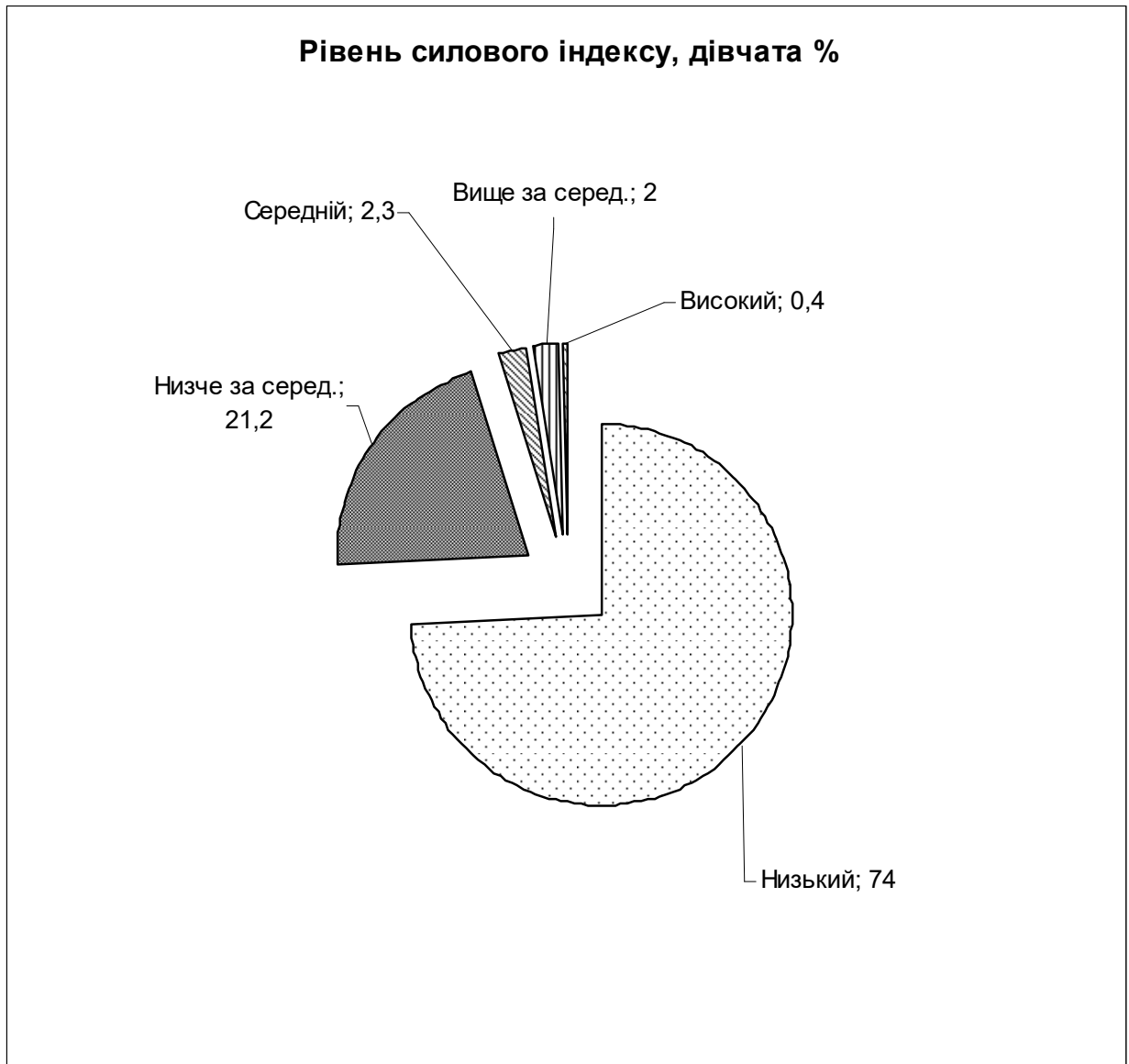


Рис. 3.3 (б). Показники рівня силового індексу (дані дівчат).

Середній і високий рівні силового індексу у хлопців складає по 3,6% кожного рівня, у дівчат цей рівень нижче і складає 2,3% і 2% відповідно.

Схожа ситуація спостерігається і при визначенні рівня індексу Руф'є, який є комплексом навантаження, призначеним для оцінки працездатності серця при фізичному навантаженні. У жодного з досліджуваних учнів як хлопців так і дівчат не виявлено високого рівня та рівня вищого за середній. Натомість у найбільшій кількості дітей (72,9% хлопців та 67,1% дівчат) виявлено низький рівень індексу Руф'є. Також у 21,2% хлопців та 27,1% дівчат спостерігається низький показник даного індексу.

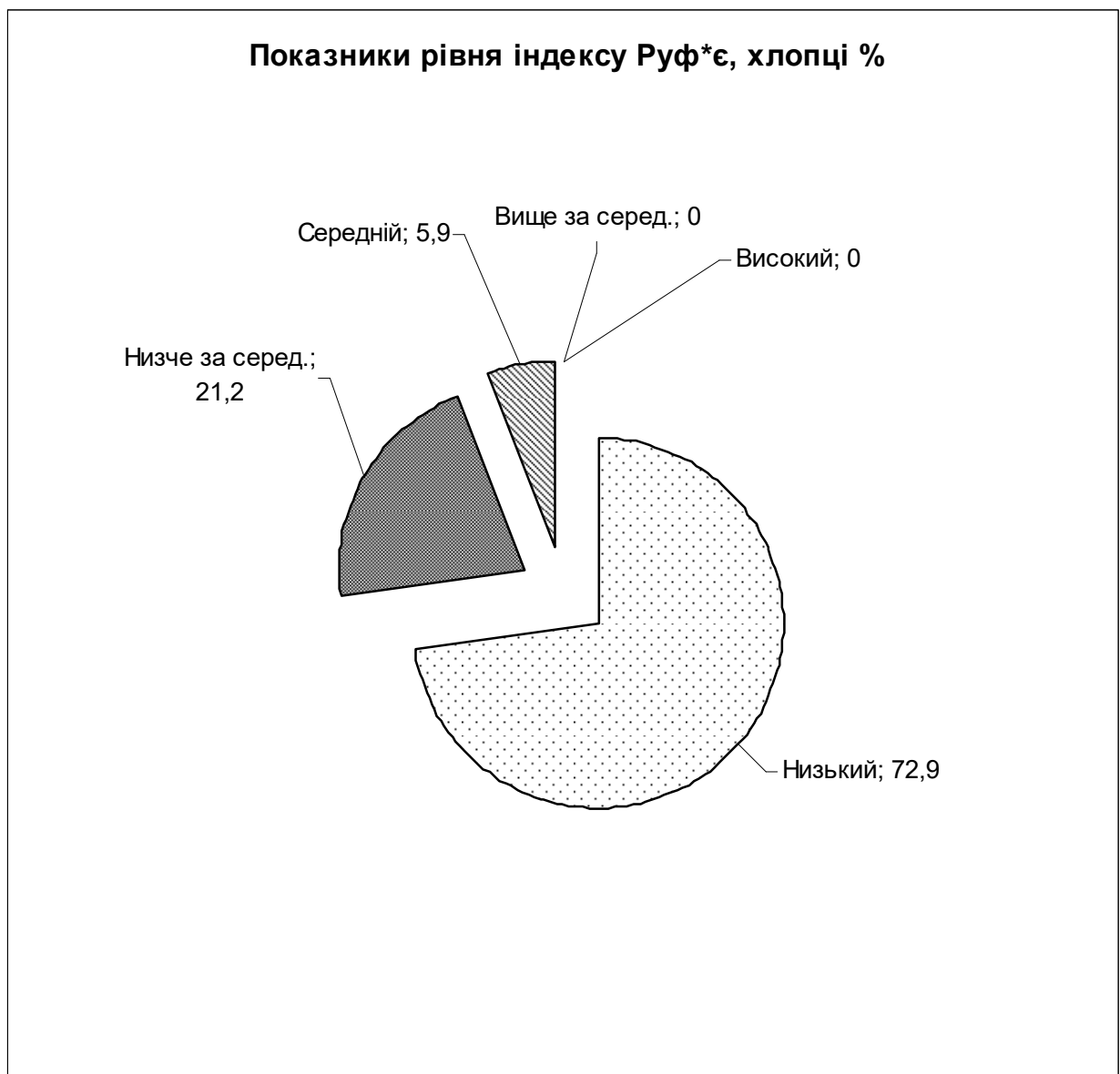


Рис. 3.4 (а). Показники рівня індексу Руф'є (дані хлопців).

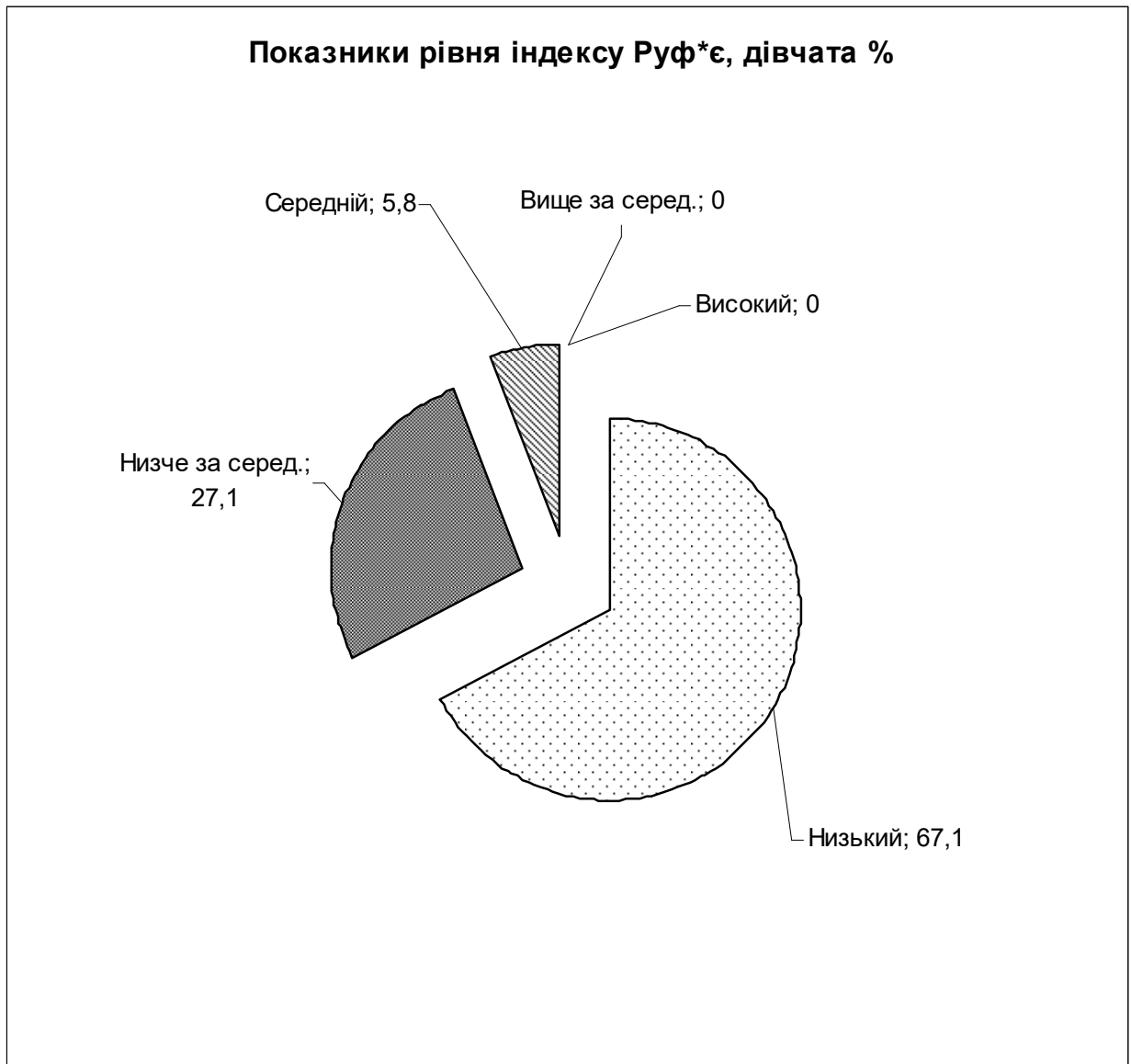


Рис. 3.4 (б). Показники рівня індексу Руф'є (дані дівчат).

Середній рівень оцінки працездатності проби Руф'є у хлопців склав 5,9%, а у дівчат 5,8% від загального числа обстежених.

Результати тестування показників ваго-ростового індексу (індекс Кетле) представлені на рис. 3.5.

При аналізі результатів ваго-ростового індексу, ми виявили, що у переважної більшості 48,7% дівчат виявлений рівень даного індексу нижчий за середній, у хлопців цей показник склав 30,6%.

На відміну, у переважній більшості хлопців спостерігається середній показник ваго-ростового індексу, який дорівнює 44,5%, у дівчат він склав 35,1%.



Рис. 3.5 (а). Показники рівня ваго-ростового індексу (дані хлопців).

Водночас у 30,6% хлопців виявлений рівень ваго-ростового індексу нижчий за середній. У 35,1% дівчат спостерігається середній показник даного індексу. Проте у жодної з досліджуваних дівчат не виявлено високого рівня ваго-ростового індексу.

Отримані дані красномовно свідчать про низький рівень стан здоров'я учнів початкових класів.

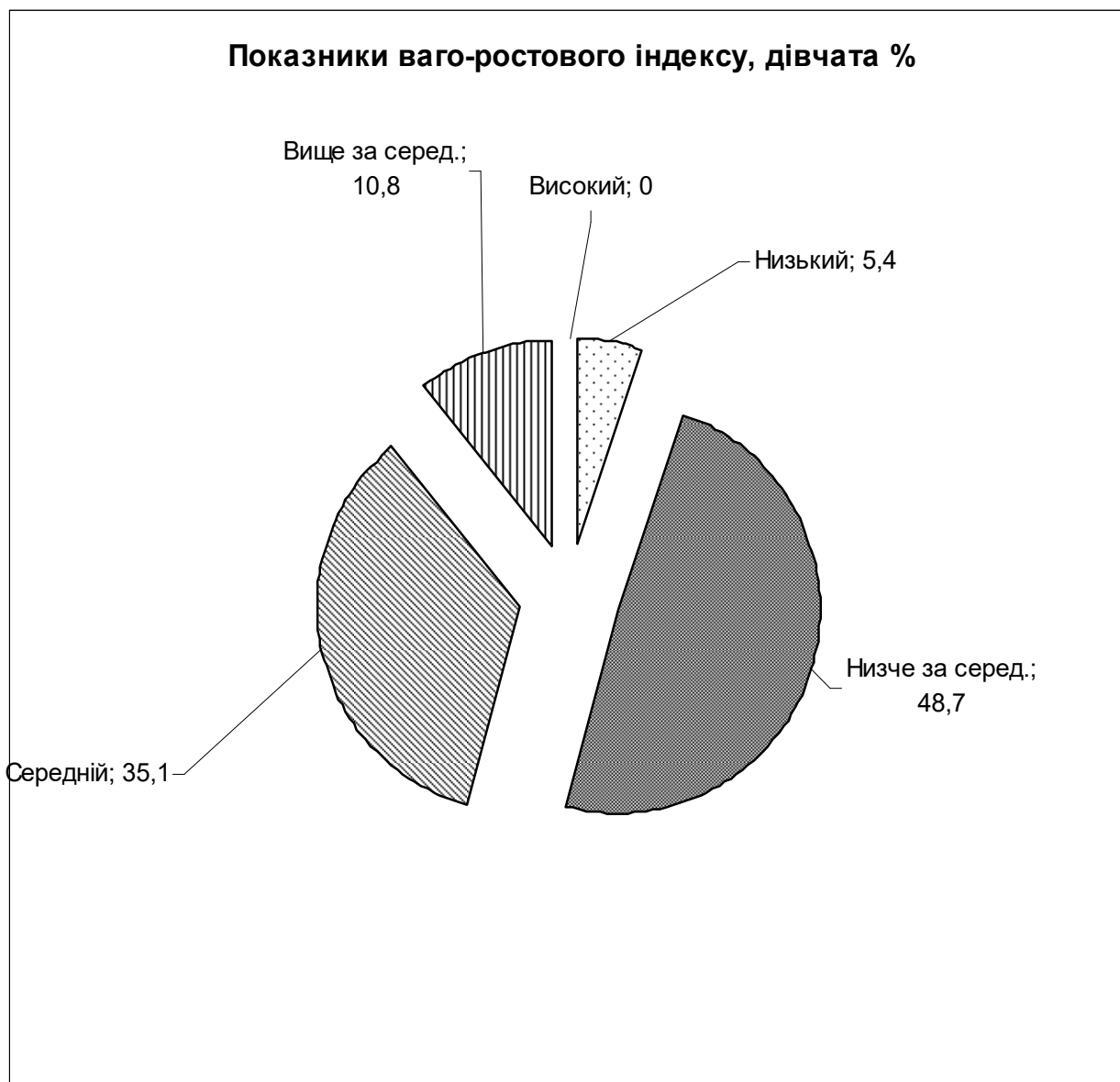


Рис. 3.5 (б). Показники рівня ваго-ростового індексу (дані дівчат).

3.2. Показники рівня фізичної підготовленості учнів молодших класів

Аналіз показників рівня фізичної підготовленості молодших школярів при виконання тесту „нахил тулуба” (рис. 3.6), виявив, що у переважній більшості (29,5%) дітей виявлений середній рівень фізичної підготовленості у даній тестовій вправі. Проте у 22,7% та 20,5% досліджуваних виявлено вищий за середній та середній показник фізичної підготовленості.

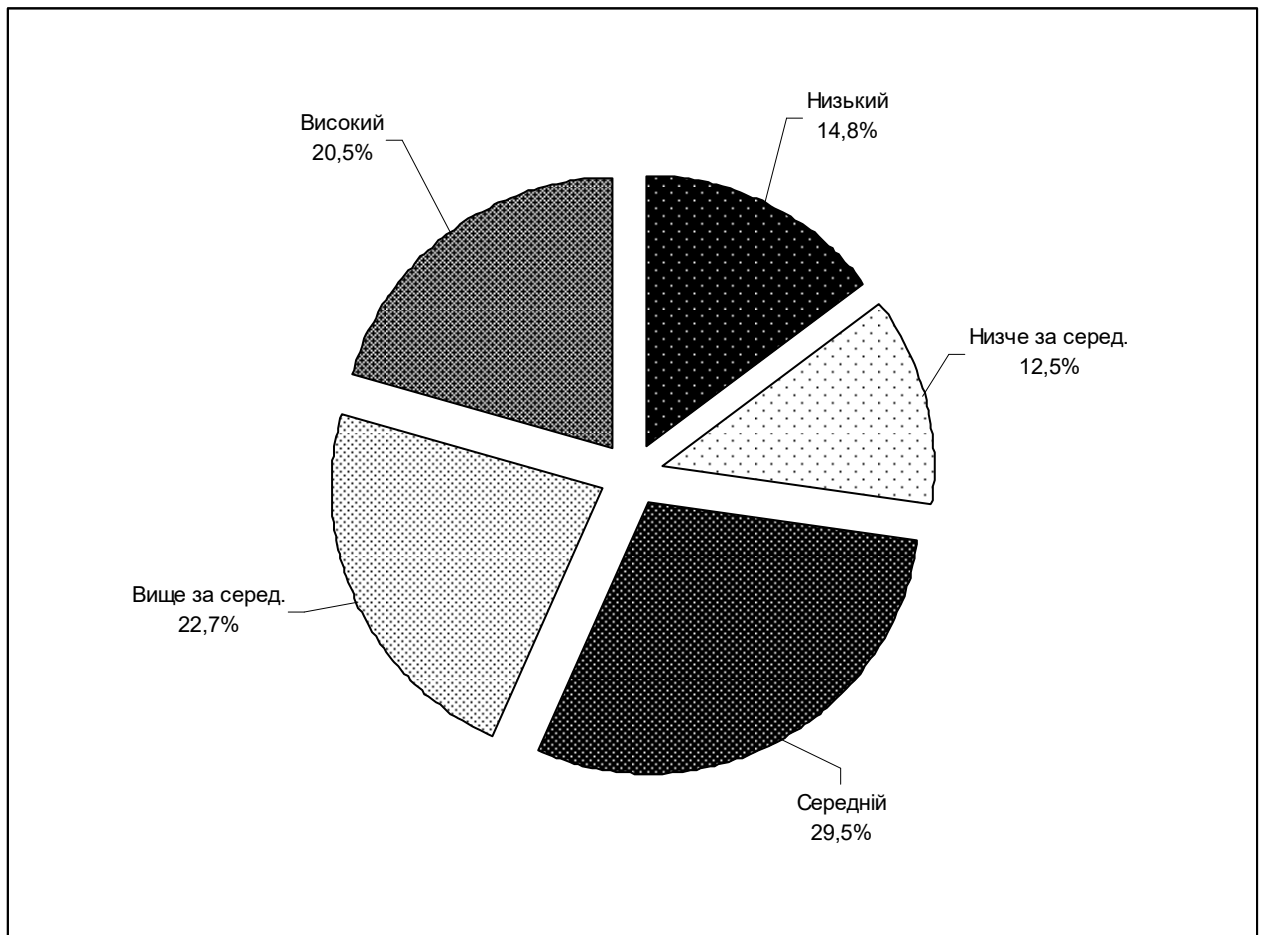


Рис. 3.6. Показники рівня фізичної підготовленості дітей молодшого шкільного віку у тестуванні „нахил тулуба вперед”

При аналізі показників рівня фізичної підготовленості молодших школярів у тесті „піднімання тулуба в сід” (рис. 3.7.) спостерігається дещо

інша картина. У переважно більшості (35,2%) молодших школярів виявлений рівень фізичної підготовленості вищий за середній. Також у 12,6% досліджуваних спостерігається високий рівень фізичної підготовленості в даному тесті. Проте у значній кількості (23,9%) обстежених школярів виявлений середній рівень фізичної підготовленості. Рівень фізичної підготовленості нижчий за середній виявлений у 19,3% дітей, низький – у 9,0% молодших школярів.

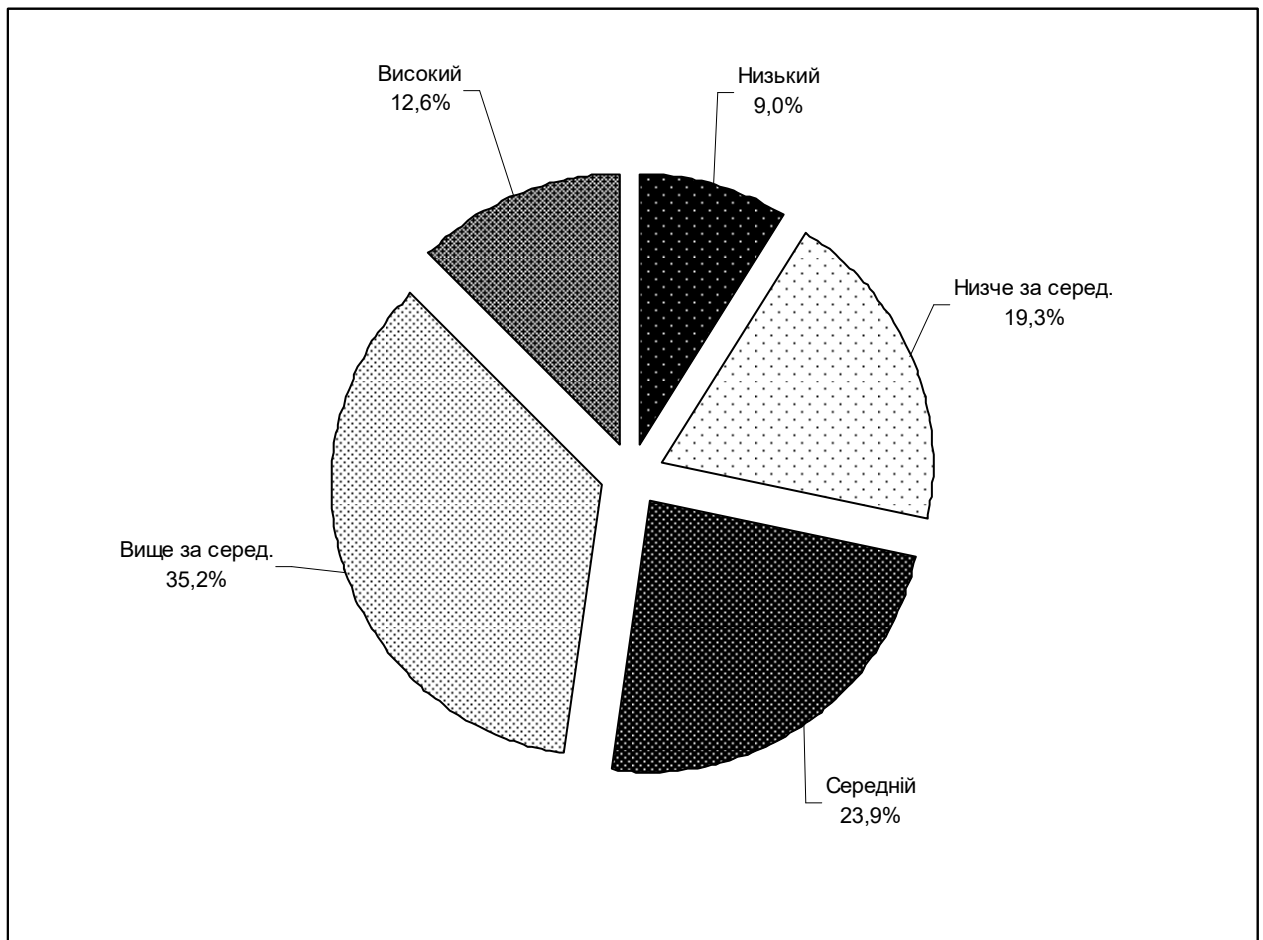


Рис. 3.7. Показники рівня фізичної підготовленості дітей молодшого шкільного віку у тестуванні „піднімання тулуба в сід”

Аналіз показників рівня фізичної підготовленості молодших школярів при виконання тесту „згинання-розгинання рук” представлений на рис. 4.3.

Виявлено, що у переважній більшості (23,9%) дітей наявний середній рівень фізичної підготовленості. Рівень фізичної підготовленості вищий за середній виявлений у 21,6% дітей, високий – у 20,4% молодших школярів

Деякі інші результати отриманні в тесті „стрибок у довжину з місця”
(рис 3.8.).

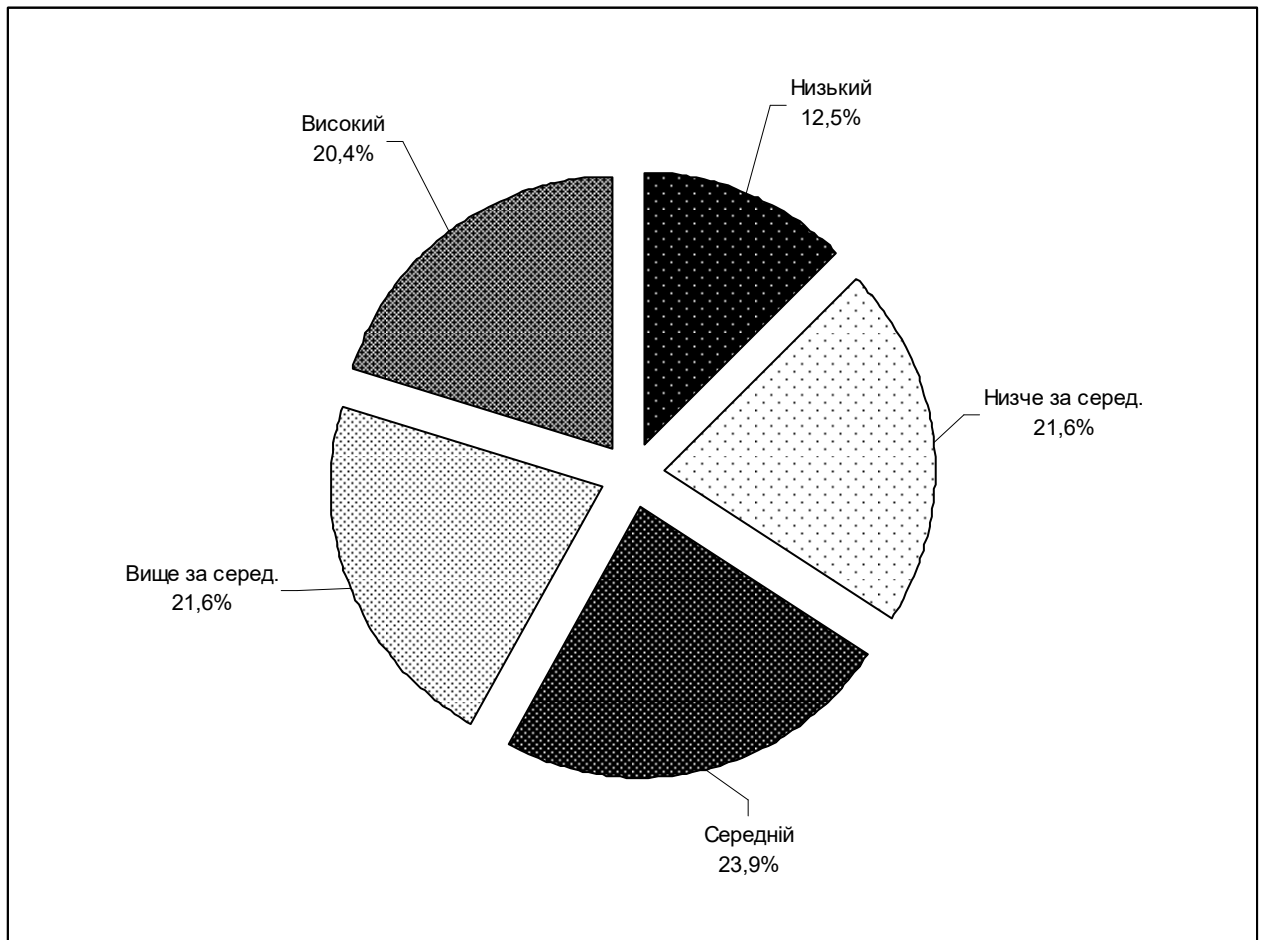


Рис. 3.8. Показники рівня фізичної підготовленості дітей молодшого шкільного віку у тестуванні „згинання-розгинання рук”

У переважної більшості (28,4%) дітей наявний рівень фізичної підготовленості нижчий за середній. Середній рівень фізичної підготовленості виявлений у 23,9% дітей, вищий за середній – у 18,2%, високий – у 12,5% молодших школярів.

Низький рівень розвитку фізичної підготовленості молодших школярів у даній тестовій вправі виявлений у 17,0% дітей.

Аналіз показників рівня фізичної підготовленості молодших школярів при виконання тесту „човниковий біг” представлений на рис 3.9.

Виявлено, що у переважної більшості (26,1%) дітей наявний середній рівень фізичної підготовленості. Рівень фізичної підготовленості вищий за середній виявлений у 18,2% дітей, високий – у 13,7% молодших школярів.

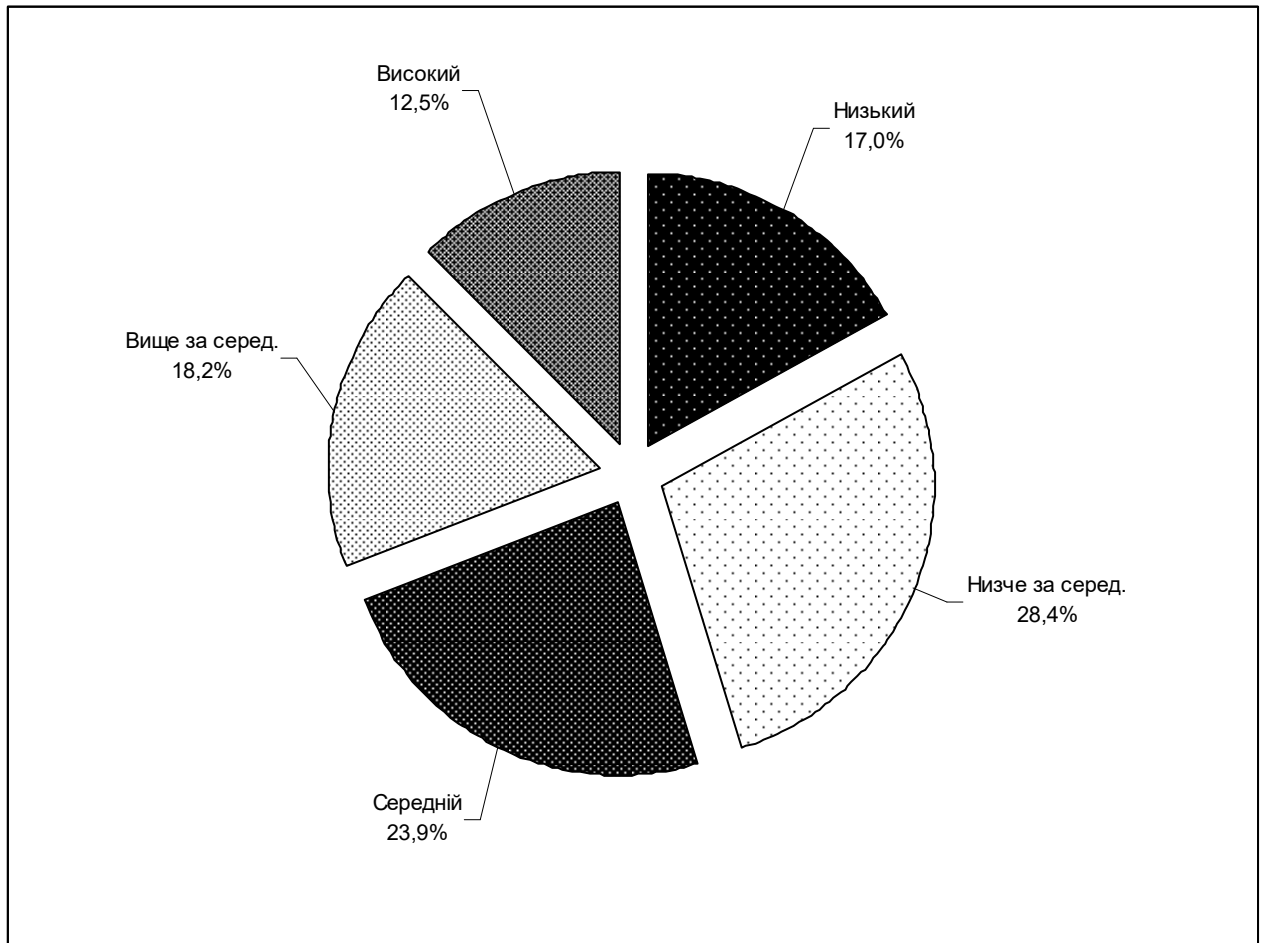


Рис. 3.9. Показники рівня фізичної підготовленості дітей молодшого шкільного віку у тестуванні „стрибок у довжину з місця”

Рівень фізичної підготовленості нижчий за середній виявлено у 22,7% дітей, низький – у 19,3% обстежених школярів.

Показники рівня фізичної підготовленості молодших школярів у тесті „біг 30 м” представленні на рис. 3.10.

Виявлено, що у переважно більшості (34,1%) молодших школярів виявлений рівень фізичної підготовленості нижчий за середній. Також у 22,7% досліджуваних спостерігається низький рівень фізичної підготовленості в даному тесті.

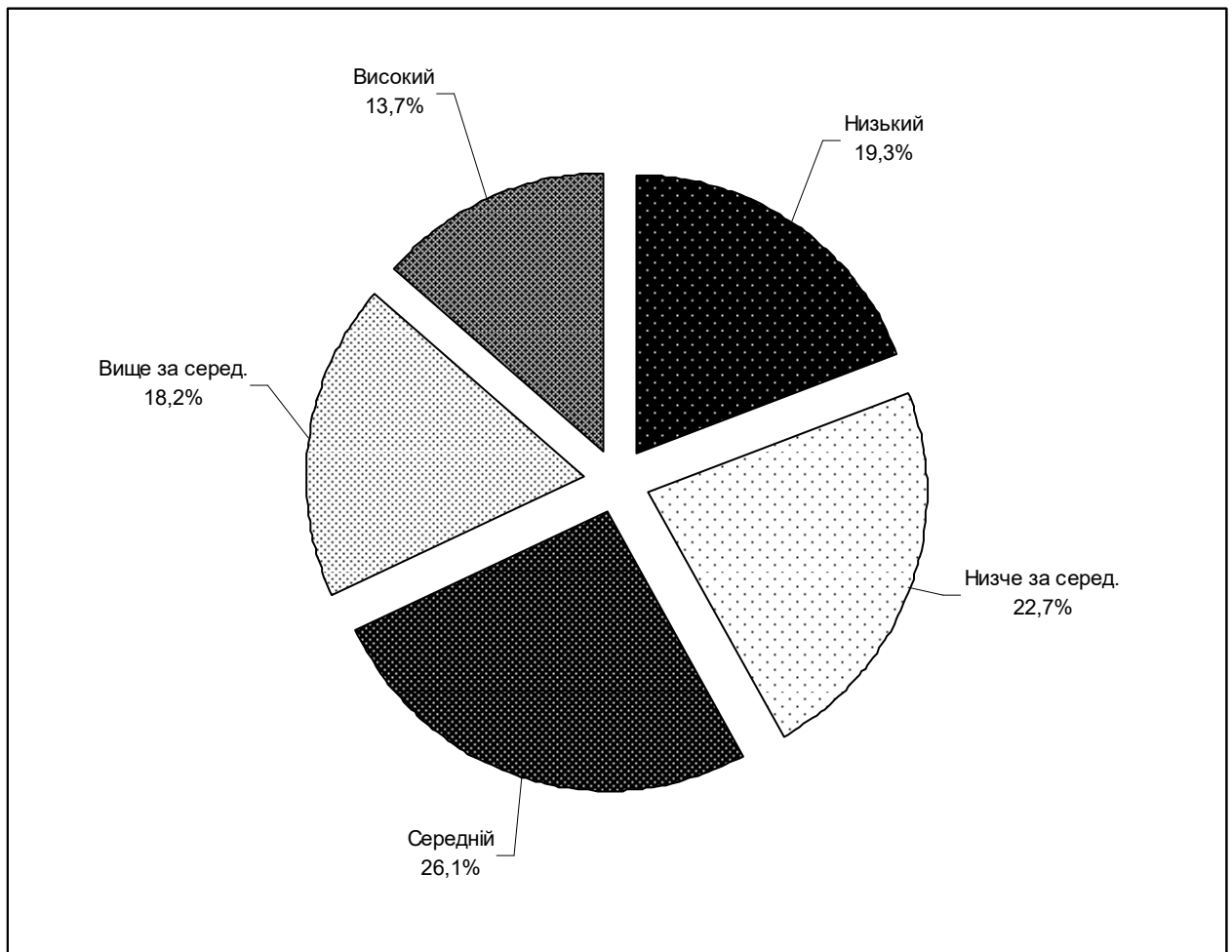


Рис. 3.10. Показники рівня фізичної підготовленості дітей молодшого шкільного віку у тестуванні „човниковий біг”

Проте у значній кількості (28,4%) обстежених школярів виявлений середній рівень фізичної підготовленості. Рівень фізичної підготовленості вищий за середній виявлений у 10,2% дітей, високий – у 4,6 % молодших школярів.

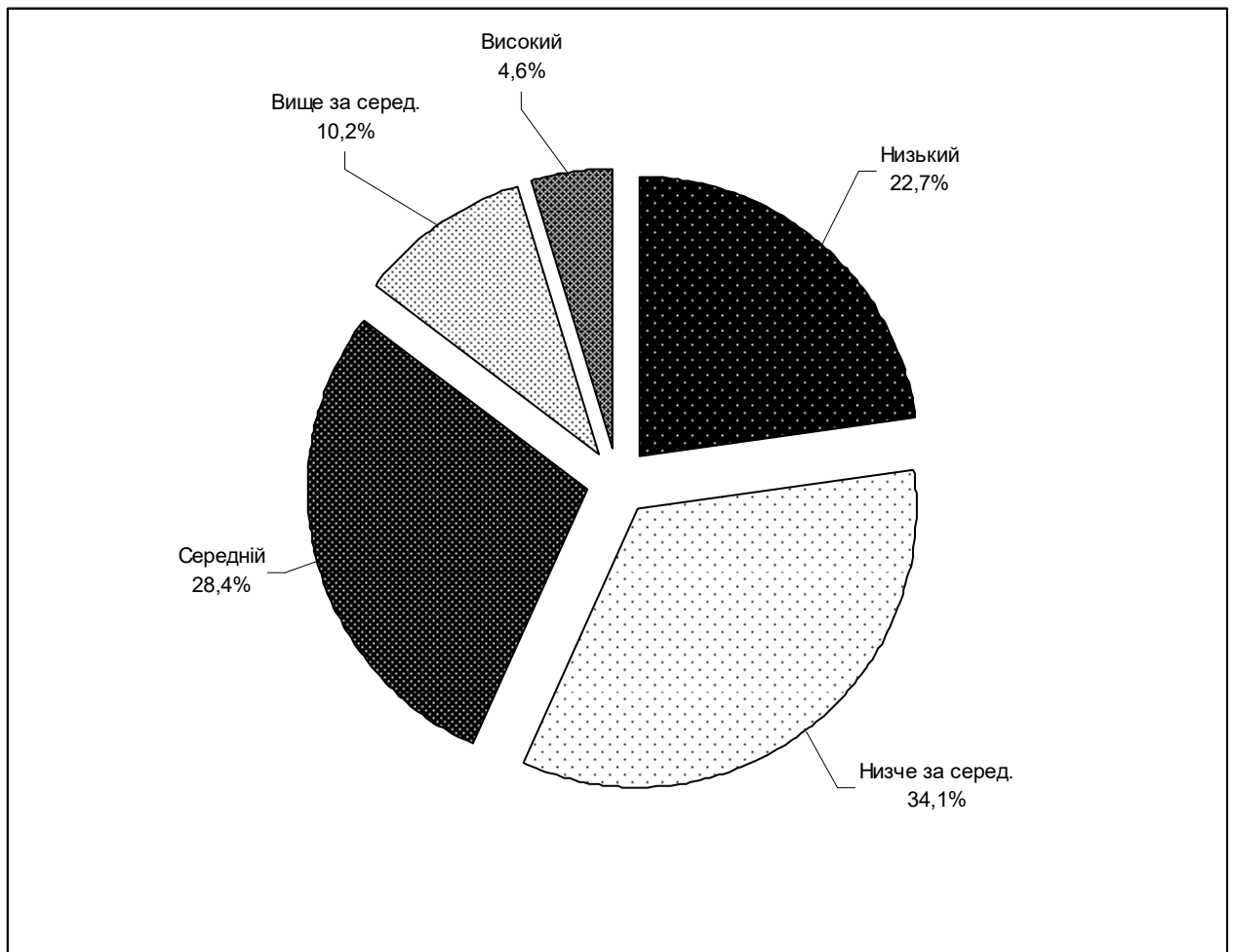


Рис. 3.11. Показники рівня фізичної підготовленості дітей молодшого шкільного віку у тестуванні „біг 30 м”

Найгірші показники розвитку фізичної підготовленості були виявлені при тестуванні „біг 600 м” (рис. 3.11.).

У переважної більшості (58,0%) дітей наявний низький рівень фізичної підготовленості. Рівень фізичної підготовленості нижчий за середній виявлений у 33,0% дітей, середній – у 8,0%, вищий за середній – у 1,2% молодших школярів. Високий рівень розвитку фізичної підготовленості молодших школярів у даній тестовій вправі не виявлений у жодного з досліджуваних.

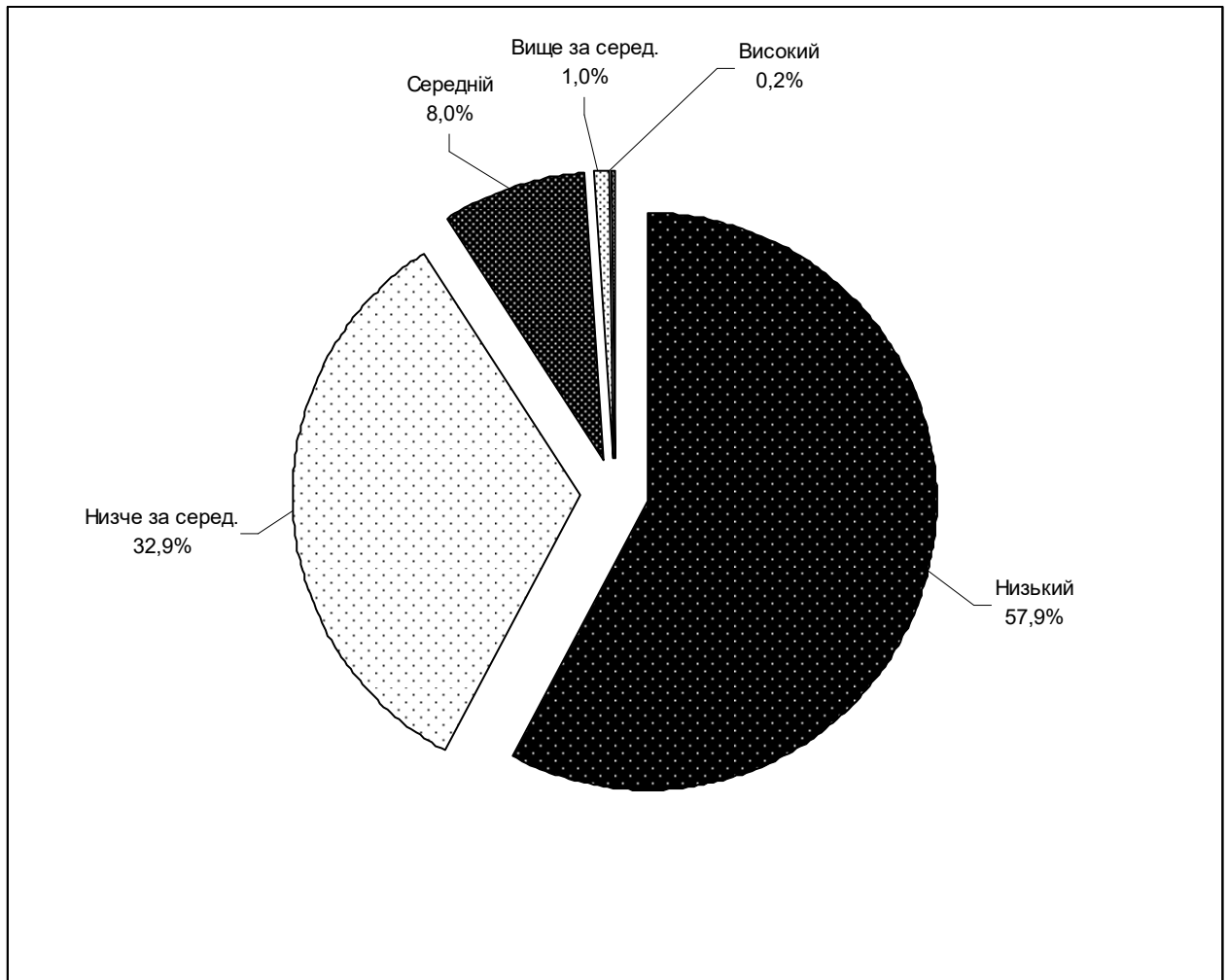


Рис. 3.12. Показники рівня фізичної підготовленості дітей молодшого шкільного віку у тестуванні „біг 500 м”

Висновки до третього розділу

Отже, дослідження показали, що діти мають середні і нижче середнього показники фізичної підготовленості при виконанні тестів згинання та розгинання рук в упорі лежачи (23,9 %, 21,6 %), стрибку у довжину з місця (23,9 %, 28,4 %).

Значний відсоток дітей, які мають показники вище середнього спостерігається при виконанні піднімання тулуба в сід (35,2 %). Це пов'язано з тим, що у дітей даного віку відбувається типове зростання м'язової тканини й значне прогресуюче збільшення її сили, тонус згиначів все частіше переважає над тонусом розгиначів.

РОЗДІЛ 4 ОХОРОНА ПРАЦІ

4.1. Правила безпеки на заняттях з фізичного виховання

Вимоги безпеки під час проведення занять

4.1.1. Спортивний зал має бути підготовлений відповідно до вимог навчальної програми.

4.1.2. Обладнання необхідно розміщувати так, щоб навколо кожного гімнастичного снаряда була безпечна зона.

4.1.3. Перед кожним заняттям потрібно перевіряти стан снарядів: міцність кріплення; міцність розтяжок та ланцюгів; кріплення канатів, жердин, гімнастичних стінок тощо.

4.1.4. Для запобігання травматизму під час занять з гімнастики слід дотримуватись таких вимог: виконувати гімнастичні вправи на снарядах тільки в присутності вчителя або фахівця з фізичної культури і спорту; укладати гімнастичні мати таким чином, щоб їх поверхня була рівною; перевозити важкі гімнастичні снаряди за допомогою спеціальних візків і пристроїв; виконувати складні елементи і вправи під наглядом учителя або фахівця з фізичної культури і спорту, застосовуючи методи і способи страхування відповідно до вправи; змінюючи висоту брусів, обидва кінці жердини піднімати одночасно; висовувати ніжки в стрибкових снарядах по черзі з кожного боку, піднявши снаряд; для змащення рук треба використовувати магнезію, яка зберігається в спеціальних ящиках, що виключають розпилювання.

4.1.5. Під час виконання учнями гімнастичних вправ поточним способом (один за одним) слід дотримуватися необхідних інтервалів, які визначає вчитель або фахівець з фізичної культури і спорту.

Вимоги безпеки під час проведення занять із легкої атлетики

4.2.1. Взуття учнів має бути на підошві, що унеможливорює ковзання;

воно повинно щільно облягати ногу і не заважати кровообігу. На підошві спортивного взуття дозволяється мати шипи.

4.2.2. Вправи з метання дозволяється виконувати тільки за командою вчителя фізичної культури. Кидки снарядів слід виконувати в напрямку розміченого сектору. Зустрічні кидки та кидки у напрямку бігової доріжки не дозволяються.

Перебуваючи поблизу зони метання, не можна повертатися спиною до напрямку польоту об'єкта метання.

4.2.3 При виконанні вправ фронтальним методом учні повинні розташовуватися в одну шеренгу на відстані не менше ніж 2 м один від одного.

Під час поточного виконання вправ з метання учні, які мають взяти снаряди в секторі, повинні переміщуватися за вчителем або фахівцем з фізичної культури і спорту безпечним маршрутом (як правило, з лівого боку на безпечній відстані від сектору).

4.2.4. Брати снаряди в руки, іти за снарядами можна тільки з дозволу вчителя або фахівця з фізичної культури і спорту. Не дозволяється виконувати довільні кидання, залишати без нагляду спортивний інвентар для метання, зокрема інвентар, який не використовується в цей час.

4.2.5. Спортивний снаряд назад до кола або місця метання слід переносити, ні в якому разі не кидати. Зберігати і переносити спортивний інвентар для метання треба в спеціальних укладках або ящиках.

Вимоги безпеки під час занять із спортивних ігор (футбол, волейбол, баскетбол, гандбол)

4.3.1. Під час занять із спортивних ігор учні мають виконувати вказівки вчителя фізичної культури або фахівця з фізичної культури і спорту, дотримуватись послідовності проведення занять - поступово давати навантаження на м'язи з метою запобігання травматизму.

4.3.2. Перед початком гри учні проводять розминку: відпрацьовують техніку ударів і ловіння м'яча, правильну стійку і падіння під час приймання

м'яча, персональний захист.

4.3.3. Одяг учнів, які займаються спортивними іграми, має бути легкий, не утруднювати рухів, взуття у гравців - баскетболістів, волейболістів, гандболістів - на гнучкій підошві типу кедів, кросівок, у футболістів - на жорсткій підошві.

Гравцям не слід носити на собі будь-які предмети, небезпечні для себе та інших гравців (сережки, ланцюжки, браслети, амулети тощо).

Під час проведення занять на відкритому повітрі у сонячну спекотну погоду учням необхідно мати легкі головні убори, по периметру поля для ігрових видів спорту необхідно розставити пляшки з водою.

4.3.4. Учням, які грають у футбол, слід мати індивідуальні захисні пристрої: наколінники, захисні щитки під гетри; воротарям – рукавички.

4.2. Гігієна праці й санітарія під час занять фізичними вправами

Гігієна (hyđicinos – гр. та яка дає здоров'я) – наука про здоров'я вивчає зв'язок та взаємодії з навколишнім середовищем, а також вплив різних внутрішніх і зовнішніх факторів на здоров'я людини, нерозривно пов'язана із фізичним вихованням її, з фізичною культурою суспільства тому, що метою фізичного виховання є створення здорового працездатного і потрібного по своїх морально-психологічних якостях і фізичних як члена людського суспільства.

Саме вимоги для повноцінного фізичного виховання людини є вимогами гігієни. Саме поєднання фізичного виховання із гігієною складає поняття «фізична культура».

Санітарія (лат. sanitas – здоров'я) складова поняття «гігієни», розуміють методологію гігієни, тобто ті засоби, заходи, способи і методи розроблені гігієною для практичного втілення в життя людини і суспільства.

З перших хвилин життя людини він відчуває вплив гігієнічних норм і санітарних заходів, які засвоюються лікарями, батьками і родичами.

Вимоги до виконання санітарно-гігієнічних норм і заходів в

повсякденному житті кожним чином людської спільноти (роду, сім'ї, племені, виробничих і інших колективах, народу, держави, нації) виховуються першими у вихованні моралі – сукупності норм і вимог до його поведінки в суспільстві і норм задоволення його потреб відповідного його місця в ієрархії суспільства.

Що до гігієнічних норм і вимог то вони відбиваються у звичаях і традиціях народів, в релігійних і державних постановах. Відповідно що і їх невиконання карається громадським осудом, релігійними покараннями, адміністративними і судовими органами.

Саме в сфері фізичного виховання і спортивної діяльності формується і засвоюється санітарні норми, гігієнічні змагання і вміння у підростаючого покоління. Кожний працівник фізичної культури, кожний спортсмен повинний тільки сам знати і повсякденно виконувати санітарні вимоги, бути прикладом для оточуючих, а і з перших кроків вчили своїх учнів здоровому способу життя.

Сучасні основи гігієни і санітарії фізичних вправ і спорту розроблені Петром Францієвичем Лесгафтом на початку ХХ сторіччя. Виховуючи необхідні фізичні і психічні якості в своїх учнів тренер повинен знати які і як різні вправи та інші фактори впливають на їх здоров'я і рівень тренуваності, повинний вміти враховувати і передбачити їх вплив плануванні навчально-тренувального процесу і змагальної діяльності. Відповідно з гігієнічними нормами він повинний вміти облаштовувати місця змагань і занять, вимагають від обслуговуючого персоналу і спортсменів в підтримці санітарних вимог, організувати режим дня і харчування.

Боротьба, бокс, групова акробатика, плавання за гігієнічними нормативами займають особливе місце серед інших видів спорту висовуючи підвищені вимоги до гігієни тіла спортсменів, що відображено і в «Правилах змагань» цих видів спорту.

Основні гігієнічні вимоги до спортсменів: і їх спортивної діяльності:

1. Поєднання загальної фізичної і спеціально-фізичною підготовкою;

2. Поступовість в збільшенні тренувального навантаження;
3. Раціональне чергування праці і відпочинку;
4. Повноцінне, збалансоване по складу харчування.

Зазначаємо, що три з указаних гігієнічних вимог співпадають з основними принципами фізичного виховання.

До цих 4-х основних загально-спортивних вимог, щодо спортивних єдиноборств можна додати ще одну вимогу – прискіплива увага єдиноборця до чистоти і здоров'я шкірного покриву тіла і волосся, бо за правилами змагань при шкірних захворюваннях атлет не допускається до змагань лікарем вже на зважуванні при якому він проводить зовнішній огляд повністю роздягнутих атлетів.

4.3. Пожежна безпека у спортивних залах

У спортивних залах висотою до нижнього поясу несучих конструкцій покриття 12 м і більш при використанні великорозмірного декоративного оформлення (на всю висоту залу) необхідно передбачити додаткові заходи щодо захисту цього оформлення (монтаж тимчасових водяних завіс, швидкоз'ємні кріплення і т. п.).

У неробочий час ключі від приміщень повинні знаходитися у чергового (сторожа).

Комплект ключів від технічних поверхів і приміщень, міжфермових просторів і в'їзних доріг повинен постійно знаходитися в черговому (диспетчерському) приміщенні з постійним перебуванням людей.

На випадок виникнення пожежі повинна бути забезпечена можливість безпечної евакуації людей, що знаходяться в будівлі (споруді). Проходи, виходи, коридори, вестибюлі, фойє, тамбури, драбини не дозволяється захарашувати різними предметами і устаткуванням. Всі двері евакуаційних виходів повинні вільно відкриватися у напрямі виходу з приміщень, будівель і споруд; закривати двері на замки і важко відчиняємі замки при проведенні

змагань, тренувань, репетицій і культурно-видовищних заходів забороняється.

У коридорах, на сходових майданчиках і на дверях, що ведуть до евакуаційних виходів або безпосередньо назовні, повинні бути встановлені приписуючи знаки «Вихід» згідно ГОСТ 12.4.026.76* «Кольори сигнальні і знаки безпеки». Тимчасові місця для глядачів (висувні, знімні, збірно-розбірні і т. п.), а також сидіння на трибунах критих і відкритих спортивних споруд не допускається виконувати з синтетичних матеріалів, що виділяють при горінні високо небезпечні речовини. Під тимчасовими місцями забороняється зберігання яких-небудь горючих матеріалів і устаткування, а також стоянка техніки. Простір під тимчасовими трибунами перед початком кожного змагання повинен очищатися від горючого сміття і висохлої трави.

Установка приставних сидінь на шляхах евакуації забороняється. Тимчасові сидіння в евакуаційних люках, призначені для розміщення фону на трибунах при проведенні спортивно-художніх свят, відкриття і закриття міжнародних змагань або інших міжнародних заходів, а також культурно-видовищних заходів, повинні бути знімними. Для їх швидкого демонтажу повинні бути передбачені спеціальні пристосування і виділено відповідну кількість осіб для виробництва цих робіт.

Приміщення будівель і споруд повинні бути обладнані системою сповіщення про пожежу і управління евакуацією. Система оповіщення про пожежу і управління евакуацією повинна забезпечувати реалізацію розроблених планів евакуації людей.

У сходових клітках будівель і споруд забороняється: влаштовувати робочі, складські і іншого призначення приміщення, прокладати трубопроводи з легкозаймистими (ЛВЖ) і горючими (ГЖ) рідинами, зберігати горючі матеріали, а також встановлювати устаткування і різні предмети, що перешкоджають пересуванню людей. Двері в протипожежних стінах і перегородках будівель і споруд, скління віконних і дверних отворів у внутрішніх стінах і перегородках на шляхах евакуації, а також в

перегородках, що розділяють вестибюлі і фойє, пристрої для самозакривання дверей, що ущільнюють прокладки в притворах дверей повинні постійно знаходитися в справному стані. Розстановку крісел для глядачів в спортивних залах слід передбачати так, щоб не створювалися стрічні або пересічні потоки глядачів з постійних і тимчасових трибун. При розстановці крісел на площі залу слід дотримувати вимоги Правил пожежної безпеки для театральних-видовищних підприємств і культурно-освітніх установ. Пристосування для кріплення тимчасових конструкцій для сидіння глядачів в критих спортивних спорудах, а також кріплення помостів, естрад, рингів і т.п. повинні міститися в справному стані. Установка таких конструкцій з несправними кріпленнями забороняється. Забороняється установка ґрат на вікнах приміщень будівель і споруд, за винятком приміщень для зберігання зброї і боєприпасів в тирах і стрільбищах. Зберігання спортивної інвентарю і інших матеріалів на стелажах слід проводити так, щоб вони не виступали за габарити стелажів.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. Аналіз літературних джерел показав, що за останні роки проблема збереження здоров'я дітей молодшого шкільного віку, їх оздоровлення та профілактика найбільш розповсюджених „шкільних” хвороб є предметом фундаментальних наукових досліджень.

Принцип всебічного і гармонійного розвитку організму передбачає забезпечення планомірного й цілеспрямованого розвитку всіх його органів та систем і фізичних якостей особистості. Правильне фізичне виховання великою мірою сприяє повноцінному психічному розвитку дитини та вдосконаленню її рухових функцій.

2. Уроки повинні активно сприяти успішному здійсненню позакласної і позашкільної роботи з фізичного виховання, формуванню в учнів інтересу і звички до занять фізичними вправами в повсякденному житті. Необхідно підвищувати вплив уроків фізкультури на вдосконалення інших форм фізичного виховання. Відомо, що навіть при якісному проведенні уроків їх безпосередній вплив на фізичний розвиток учнів недостатній. Аналіз показників здоров'я молодших школярів свідчить, що рівень здоров'я дітей є низьким.

Низький рівень здоров'я дітей свідчить про необхідність впровадження засобів фізичної культури оздоровчої спрямованості в систему фізкультурно-оздоровчої роботи для дітей молодшого шкільного віку.

3. Дослідження показали, що діти мають середні і нижче середнього показники фізичної підготовленості при виконанні тестів згинання та розгинання рук в упорі лежачи (23,9 %, 21,6 %), стрибку у довжину з місця (23,9 %, 28,4 %).

Значний відсоток дітей, які мають показники вище середнього спостерігається при виконанні піднімання тулуба в сід (35,2 %). Це пов'язано з тим, що у дітей даного віку відбувається типове зростання м'язової тканини

й значне прогресуюче збільшення її сили, тонус згиначів все частіше переважає над тонусом розгиначів.

Відмінності, які нами були виявлені в рівні розвитку рухових якостей є підставою для впровадження диференційованого підходу до учнів у визначенні оптимальних фізичних навантажень, об'єму та інтенсивності фізичних вправ для формування здорового способу життя молодших школярів.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов М. В. Индивидуальный стиль здорового образа жизни – цель обучения в системе физкультурного образования // Теория и практика физической культуры. – 1986. – № 9 - 10. – С.10 - 11.
2. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье // 3-е изд. доп. и перераб. – М.: Физкультура и спорт. – 1987. – 64 с.
3. Амосов Н. М. Физическая активность и сердце. / Н. М. Амосов, Я. А. Бендет – К.: Здоровье – 1989. – 216 с.
4. Антропова М. В. Гигиена детей и подростков. – М.: Просвещение – 1982. – 335 с.
5. Апанасенко Г. Л. Методика оценки уровня физического здоровья по прямым показателям // Социальная гигиена, организация здравоохранения и история медицины: Респ. межвед. сб. – К. – 1988. – Вып. 19. – С.28 - 31.
6. Апанасенко Г. Л. Физическое развитие детей и подростков. – К.: Здоровье – 1985. – 80 с.
7. Апанасенко Г. Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. – СПб.: МГП "Петрополис". – 1992. – 123 с.
8. Аршавский И. А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития. – М: Наука – 1981. – 282 с.
9. Балыевич В. К. Физическая культура для всех и для каждого. – М.: ФИС – 1988.
10. Бальсевич В. К. Физическая подготовка в системе воспитания культуры здорового образа жизни человека (методологический, экологический и организационный аспекты) // Теория и практика физической культуры. – 1990. – №1. – С.22 - 26.
11. Бальсевич В. К. Новые векторы модернизации систем массового физического воспитания детей и подростков в общеобразовательной школе // Теория и практика физической культуры. / Бальсевич В. К., Лубышева Л. И., Прогонюк Л. Н. – 2003. – №4. – С. 56 - 58.

12. Бойченко Т. Є. Інтегративний освітній курс валеології на світоглядно-методологічних засадах українознавства (назва умовна) // Видання на стадії друку // Рукопис, люб'язно наданий автором праці для бібліотеки УІСД. – 1999. – 192 с.
13. Болдин Н. В. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и умственная работоспособность в зависимости от физических нагрузок младших школьников // Сб. научных трудов "Гигиенические основы оздоровления детей и подростков средствами физического воспитания"/ Болдин Н. В., Лабозаева Ж. П. – М. – 1989. – С. 43 - 46.
14. Борисенко А. Руховий режим учнів початкових класів: Навчально-методичний посібник / Борисенко А., Цвек С. – К.: Радянська школа – 1989. – 190 с.
15. Брехман И. И. Валеология – наука о здоровье. – М.: Физкультура и спорт – 1990. – 206 с.
16. Булич Є. Г. Валеологія. Теоретичні основи валеології: Навчальний посібник. / Булич Є. Г., Муравов І. В. – К.: ІЗМН – 1997. – 224 с.
17. Валеологічна освіта та виховання: сучасні підходи, доступність і шляхи їх розвитку в Україні: Збірник науково-практичних статей / За заг. ред. В. М. Оржеховського. – К.: Майстер – 1999. – 120 с.
18. Венедиктов Д. Д. Глобальные проблемы здравоохранения и пути их решения // Вопр. философии. / Венедиктов Д. Д., Чернух А. М., Лисицын Ю. П. – 1979. – № 7. – С. 102 - 113.
19. Вернадский В. И. Несколько слов о ноосфере // Вернадский В.И. Начало и вечность жизни. – М.: Сов. Россия – 1989. – С. 166 - 188.
20. Войтенко В. П. Здоровье здоровых: Введение в санологию. – К.: Здоров'я – 1991. – 245 с.
21. Волков Л. В. Физическое воспитание учащихся: Учебно-методическое пособие. – К.: Радянська школа – 1988. – 184 с.
22. Глушкова Е. К., Попова Н. М., Улицкая Э. М., Гигиеническая оценка обучения 6-летних детей в подготовительных классах общеобразовательной

- школы // Гигиена и санитария / Глушкова Е. К., Попова Н. М., Улицкая Э. М. – 1987. – С. 22 - 24.
23. Головаха Є. І. Соціальне самопочуття населення України // Українське суспільство на порозі третього тисячоліття/ Під ред. М.О.Шульги / Головаха Є. І., Паніна Н. В. – К.: Ін-т соціології НАН України – 1999. – С. 398 - 409.
24. Горащук В. П. Основные понятия школьного курса "Основы валеологии" // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції з валеології "Формування, збереження і зміцнення здоров'я підрастаючого покоління як обов'язковий компонент системи національної освіти". – К.: ІЗМН – 1997. – С.78 - 84.
25. Державна національна програма „Освіта” (Україна ХХІ століття) // Освіта. – Грудень. – 1993. – №44. – 12 с.
26. Дильман В. М. Четыре модели медицины. - Л.: Медицина – 1987. – 288 с.
27. Дубогай А. Д. Управлять здоровьем смолоду. – К.: Молодь – 1985. – 112 с.
28. Єременко Г. М. Гігієнічні умови раціональної організації навчання й виховання 6-річних першокласників // Навчання і виховання 6-річних першокласників– К. – 1990. – С. 33 - 35.
29. Изуткин Д. А. Формирование здорового образа жизни // Сов. охрана здоровья. – 1984. – №4. – С.46 - 48.
30. Калиниченко І. О. Оцінка факторів ризику формування патології у підлітків навчально-виховних закладів // Гігієна населених місць / Калиниченко І. О., Антомонов М. Ю. – К. – 2004. – Вип.43. – С. 503 - 507.
31. Капица П. Л. Эксперимент, теория, практика. Статьи, выступления. – М.: Наука – 1981. – 495 с.
32. Качашкін В. М. Методика фізичного виховання. – М.: Просвіта – 1989.
33. Козленко Н. А. Школьникам в привычку заниматься физкультурой. – К.: Радянська школа – 1985.

34. Кудрявцева Е. Н. Здоровье человека: понятие и реальность / Общественные науки и здравоохранение. - М.: Наука – 1987. – С. 32 - 48.
35. Кудрявцева Е. Н. Здоровье человека: проблемы, суждения // Вопросы философии – 1987. – №12. – С.98 - 107.
36. Куліш О. В. Підходи до еколого-валеологічного виховання в шкільному курсі // Науково-методичні підходи до викладання природничих дисциплін в освітніх закладах ХХІ століття: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Полтава – 2001. – С.37 - 39.
37. Лисицын Ю. Л. Слово о здоровье. – М.: Советская Россия – 1986. – 192 с.
38. Литвин-Кіндратюк С. Д. Народознавство та організація здорового способу життя школярів/ АПН України; Прикарпатський ун-т ім. В.Стефаника / Литвин-Кіндратюк С. Д., Кіндратюк Б. Д. – Івано-Франківськ: Плай – 1997. – 279 с.
39. Мамардашвили М. Сознание и цивилизация //Как я понимаю философию – М.: Прогресс – 1990. – С. 107 - 121.
40. Маркина Т. А. Ретроспективный анализ проблемы социальной адаптации младших школьников в процессе физического воспитания // Теория и практика физической культуры. – 2004. – №9. – С. 53 - 56.
41. Никитушкин В. Г. Морфофункциональные показатели и физическая подготовленность детей разного возраста, пола и состояния здоровья //Физическая культура / Никитушкин В. Г., Спирин В. К. – 2001. – №4. – С. 27 - 34.
42. Новосельський В. Ф. Фізична культура і здоров'я школярів. – К.: Знання – 1984.
43. О политике Всемирной организации здравоохранения. “Здоровье для всех до 2000 года” // Медицинские вести. – 1997. – № 1. – С. 22 - 23.
44. Основи здоров'я і фізична культура. Програма для загальноосвітніх навчальних закладів. 1-11 класи. – К.: Початкова школа – 2001. – 112 с.

45. Шош И. Патогенез болезней цивилизации / Шош И., Готи Т., Чалаи Л. и др. – Б.: Изд-во АН Венгрии – 1976. – 154 с.
46. Петрик О. І. Медико-біологічні та психолого-педагогічні основи здорового способу життя: Курс лекцій / Навч. посіб. для студентів ун-тів та пед. ін-тів – Л.: Світ – 1993. – 119 с.
47. Пиріг Л. Медицина як інтегральна складова культури українського народу // Українознавство: стан, проблеми, перспективи розвитку. – К.:ВПЦ "Київ. ун-т" – 1993. – С. 54 - 56.
48. Полулях А. Формування здорового способу життя школярів засобами фізичного виховання в умовах ступеневої освіти // Фізичне виховання в школі – 2002. – №4. – С. 35 - 38.
49. Програма курсів основ природничих дисциплін за вибором для загальноосвітніх шкіл, ліцеїв, гімназій. – К.: Перун – 1996. – 64 с.
50. Ариванюк Н. Н. Регіональна програма патріотичного виховання учнівської молоді, розвитку духовності, утвердження принципів загальнолюдської моралі та формування здорового способу життя / Волинська обл. держ. адм. управління освіти/ (авт. і упоряд.) – Л.: – 2000. – 39 с.
51. Ріпа М. Д. Физическая культура и спорт в общеобразовательной школе. – М.: Просвіта – 1985.
52. Рудницькі І. Фізіологічні і психологічні аспекти адаптації дитини до школи // Психолог – К. – 2004. – № 25 - 26. – С.21 - 79.
53. Свириденко С. О. Формування здорового способу життя молодших школярів у позакласній виховній роботі: Автореф. дис. канд. пед. наук. (13.00.01)/ Ін-т проблем виховання АПН Ураїни. – К. – 1998. – 16 с.
54. Сигерист Г. Хроника ВОЗ – 1978. – №7. – 393 с.
55. Сисоєнко Н. Медико-гігієнічні проблеми збереження здоров'я дітей//Шестирічки в школі – К.: „Редакції загально педагогічних газет” – 2004. – С. 35 - 36.

56. Смирнов И. Н. Здоровье человека как философская проблема // Вопр. философии. – 1985. – № 7. – С. 83 - 93;
57. Сущенко Л. П. Історичний аспект становлення поняття "здоровий спосіб життя" людини у давньому світі та середніх віках // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції з валеології "Формування, збереження і зміцнення здоров'я підростаючого покоління як обов'язковий компонент системи національної освіти". – К.: ІЗМН – 1997.
58. Сущенко Л. П. Соціальні технології культивування здорового способу життя людини/ Запорізь. держ. ун-т. – З. – 1999. – 308 с.
59. Царенко А. В. Валеологія: Підр. для 8-9 кл. серед. загальноосвітніх шк. / Царенко А. В., Яцук Р. Ф. – К: Генеза – 1998. – 136 с.
60. Цимбал Н. М. Практикум з валеології. Методи зміцнення фізичного здоров'я. – Т.: „Навчальна книга – Богдан” – 2000. – 168 с.